ROK IV. MAJ — CZERWIEC 1938 R. Nr. 3.

Dwumiesięcznik Stomatologiczny

Organ Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej

Redaktor Naczelny: Lek. dent. JULIUSZ KONSTANTIN.

Wydawca: Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Stomatologicznej uprawniony przedstaw.: Lek. dent. STEFAN KRÜGER.

Redaktor odpowiedzialny za Dział Naukowy: Prof. dr. med. lek. dent. KONRAD SZEPELSKI.

TREŚĆ:

Członkowie Stowarzyszenia Absolwentów A. S. otrzymują pismo bezpłatnie.

Prenumerata roczna Zł. 12.

Redakcja: Warszawa, Bielańska 9 m. 70. Tel. 602-11
Administracja: Warszawa, Marszałkowska 120 m. 5. Tel. 692-02
Konto P. K. O. 9931.

O D E Z W A

Zarząd Główny Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej ma zaszczyt zawiadomić Sz. Kol. Kol., że do Nr 148 „Monitora Polskiego" z dnia 2. lipca 1938 r. został dołączony spis lekarzy dentystów, uprawnionych do głosowania przy wyborach do rad okręgowych izb lekarsko dentystycznych.

Spis ten zawiera dużo niedokładności, gdyż wielu Kol. Kol. zostało w nim wogóle pominiętych, względnie umieszczonych wadliwie w niewłaściwych okręgach wyborczych lub z omyłkami w nazwiskach, imionach i adresach.

Wzywamy przeto wszystkich Kol. Kol. absolwentów b. Państwowego Instytutu Dentystycznego ob. Akademii Stomatologicznej do natychmiastowego wniesienia reklamacji do właściwej Komisji Wyborczej w nieprzekraczalnym terminie do dnia 30. lipca 1938 r.

Nie wniesienie reklamacji w oznaczonym terminie równa się **utracie biernego i czynnego prawa wyborczego.**

Adresy Komisyj Wyborczych:

I. KOMISJA WYBORCZA w KRAKOWIE ul. ASNYKA 3, załatwia sprawy z terenu województw: kieleckiego, krakowskiego, lubelskiego, lwowskiego, stanisławowskiego, tarnopolskiego i wołyńskiego.

II. KOMISJA WYBORCZA w POZNANIU ul. SKARBOWA 9, załatwia sprawy z terenu województw: łódzkiego, pomorskiego, poznańskiego i śląskiego.

III. KOMISJA WYBORCZA w WARSZAWIE, ul. SUCHA 30 m. 3, obejmuje teren m. st. Warszawy.

IV. KOMISJA WYBORCZA w WILNIE, ul. WILEŃSKA 26, załatwia sprawy z terenu województw: białostockiego, nowogródzkiego, poleskiego, warszawskiego i wileńskiego.

Za Zarząd:

Sekretarz Generalny	Prezes	V. Prezes
(—)*Juliusz Konstantin*	(—)*Julian Łączyński*	(—)*Janusz Szajewski*

Wpłynęło po złożeniu numeru.

Pismo okólne Ministerstwa Opieki Społecznej z dnia 20 maja 1938 r. Nr Zn. 6c/1 - 8

w sprawie stosowania w praktyce dentystycznej metalu „Randolf".

Do

Urzędów wojewódzkich, komisariatu rządu na m. st. Warszawę i starostw.

Doszło do wiadomości Ministerstwa Opieki Społecznej, że w praktyce lekarsko-dentystycznej i techniczno-dentystycznej stosowany jest do celów protetycznych nieszlachetny metal „Randolf". Metal ten, będący stopem miedzi, cynku i nieznacznych ilości ołowiu, a więc metali silnie trujących, jest mało odporny na środowiska zarówno alkaliczne, jak kwaśne wytwarzające się w jamie ustnej i z tego względu powodować może chroniczne zatruwanie organizmu. Z uwagi na powyższe metal ten, jako wybitnie szkodliwy dla zdrowia, nie może być dopuszczony do celów protetyki dentystycznej. Ministerstwo Opieki Społecznej prosi o zwrócenie uwagi, czy metal „Randolf" jest w pracowniach lekarsko-dentystycznych i techniczno-dentystycznych stosowany, a w razie stwierdzenia stosowania go do celów protetyki dentystycznej o pociągnięcie winnych do odpowiedzialności karnej na podstawie art. 2 i w związku z art. 27 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o dozorze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku (Dz. U. R. P. Nr 36, poz. 343).

(—) Dr *J. Adamski.*
Dyrektor Departamentu.

Prof. Dr med. MARIAN ZEŃCZAK. *Warszawa.*

Choroby zębów z punktu widzenia społecznego*).

Niezbyt odległe są jeszcze czasy, kiedy medycyna mało zwracała uwagi na schorzenia zębowe. W ogólnym rozwoju medycyny potraktowano choroby zębowe jako schorzenia miejscowe, niewiążące się bliżej z całym orgnizmem, a zęby jako organ mechaniczny potrzebny do spożywania pokarmów i częściowo do wymowy.

Życiowe wyprzedzanie sztuki technicznego uzupełnienia braków zębowych przed znajomością sposobów leczenia schorzeń zębowych i związana z tem potrzeba posiadania pewnej zręczności w palcach przy wykonywaniu zawodu wprowadziły w dentystykę mylne o niej pojęcie rzemieślnicze. Ten pogląd świata naukowego zmusił dentystykę do rozwoju samodzielnego i postawił trudną do przełamania zaporę między dentystyką, a medycyną. Przed stu okrągło laty, bo w 1839 r. dwaj lekarze zajmujący się dentystyką H a i d e n i H a r r i s założyli w Ameryce w B a l t i m o r e pierwszą szkołę dentystyczną, starając się o włączenie jej do wydziału lekarskiego w przekonaniu słuszności włączenia do medycyny zawodu leczącego część schorzałego organizmu ludzkiego. Przypisywanie niższej wartości pracy ręcznej niezbędnej zawodowo w dentystyce spowodowało odmowę wydziału lekarskiego, wyrządzając niepowetowaną szkodę dla współpracy naukowej dentystyki z innymi gałęziami medycyny. Wyrządzona dentystom obelga zemściła się w niedługim czasie, bo samodzielność rozwojowa doprowadziła dentystykę w Ameryce bardzo rychło do rozkwitu i po niedługim czasie społeczeństwo amerykańskie oceniło zawód dentysty jako wyżej wartościowy od lekarskiego. Sława amerykańskiego dentysty dotarła również do Europy i często nawet u nas słyszy się domniemania o jego wyższości zawodowej.

W Europie ugruntowanie dentystyki w ramach wydziału lekarskiego zapoczątkował C a r a b e l l i w 1831 r. na uniwersytecie w Wiedniu. Opinia ogółu lekarskiego dopatrująca się w dentystyce szczupły zakres specjalności, hamowała swobodny jej rozwój, nie dozwalając dentystyce wybić się poza ramy innych specjalności. Życiowe zapotrzebowanie większej ilości zawodowców od możliwości produkowania specjalistów przez wydziały lekarskie stworzyły w zawodzie obok lekarzy zastępy techników dentystycznych, którzy uzupełniali ilościowo luki, kształcąc się domowym sposobem na wzór rękodzielnych rzemieślników. Zmieszanie zawodowe lekarzy dentystów z technikami dentystycznymi obniżyło opinię zawodu i uważano lekarzy innych specjalności za coś wyższego od lekarzy dentystów, nadając ostatnim ironiczne przezwiska wyrwizębów uwiecznianych

*) Referat wygłoszony na II kursie medycyny społecznej w Warszawie.

przez artystów malarzy na przygodnych obrazkach. Zbieg okoliczności wytworzył w taki posób przedział między lekarzami dentystami (stomatologami), a lekarzami innych specjalności zarówno w Ameryce jak i Europie. Praca szła więc oddzielnie i rozwój dentystyki odbywał się samodzielnie pozornie nawet bez łączności harmonijnej z medycyną.

Ścisły związek schorzeń zębowych z chorobami innych organów ustroju wyłaniał się w historii medycyny niejednokrotnie. Vilray Blair (St. Louis) podaje, że w wykopaliskach z przed 2500 lat znaleziono ordynację lekarską w piśmie klinowym, przeznaczoną dla króla w Niniwie, czy też Babylonie, ujętą w następujących słowach: Bóle Twe w plecach, głowie i nogach pochodzą od zębów, nie będziesz więc mógł wyzdrowieć inaczej, jak tylko przez usunięcie zębów". Schorzenia ogólne pochodzące od zębów określa Wiliam Hunter w 1900 r. osobną nazwą „Oral Sepsis". Wszystko pozostaje jednak bez szerszego odgłosu. Dopiero mowa Huntera wypowiedziana na otwarciu roku szkolnego wydziału lekarskiego uniwersytetu w Montreal (Kanada) w październiku 1910 r., zyskała pewne echo. Za jej przyczyną zostały wszczęte badania naukowe, głównie w Klinice Mayo w Rochester, połączone z licznymi doświadczeniami, przeprowadzonymi na zwierzętach. Ujawniły one możność występowania schorzeń innych organów nawet bardziej odległych od zakażonych korzeni, względnie zakażonej tkanki okołoszczytowej.

Jako schorzenia z tłem zębowym związane stwierdzone zostały schorzenia jam szczękowych, krtani, migdałków, zapalenia płuc, opłucnej, wsierdzia, osierdzia, mięśnia sercowego, katary żołądka, wrzody żołądka, wrzody dwunastnicy, schorzenia wątroby, trzustki, zapalenia nerwów (neuralgie), zapalenia (reumatyczne) mięśni, stawów, ropnie w kościach, niedokrwistość, neurastenia, zapalenia tęczówki, spojówki, nerwu ocznego, ślepej kiszki, nerek, systemu naczynioruchowego i t. d.

Prasa codzienna amerykańska rozdmuchała to jako nadzwyczajne odkrycie. Przypadkowo dołączyła się do tego w styczniu 1919 r. śmierć Roosevelta z powodu zakażenia ogólnego pochodzącego od zębów. Nagły zgon bohatera narodowego powszechnie znanego i lubianego, cieszącego się uprzednio pełnym zdrowiem, wybitnego sportowca pod każdym względem, niemal siłacza, ubrany przytem odpowiednio przez reporterów prasy, odrazu zwrócił uwagę setkom milionów ludzi na stosunek chorych zębów do schorzeń innych organów i ukryte niebezpieczeństwo dla całego organizmu.

W wyniku takich warunków zrozumiałym jest pogrom i usuwanie zębów bezkrytyczne, jakiego dokonano w Ameryce. Samo społeczeństwo żądało tego, podtrzymywane często w mniemaniu o złych następstwach przez lekarzy internistów. Przeciwstawianie się lekarzy dentystów amerykańskich temu prądowi radykalnemu bezkrytycznego usuwania zębów, najczęściej bez uzasadnionej bliżej przyczyny, było beznadziejne i nie odnosiło żadnego skutku.

Po czasie przyszło opamiętanie się. Schorzenia innych organów

uległy w znikomo małej ilości przypadków polepszeniu. Przeważnie utrata zębów była więc nieracjonalna. Zarazem uznano jednak wysoką doniosłość i wielką wartość pieczołowite pielęgnowanie zębów jako organu koniecznego dla zdrowia całego organizmu.

Organizm ludzki prowadzi ciągłą walkę z zakażeniem, które wnika do ustroju przez otwarte wrota przy oddechaniu i spożywaniu pokarmów. żyjąc stale w atmosferze zakażonej, organizm zwalcza jednak zarazki, które wtargnęły do ustroju, wytwarzając wewnętrzne środki obronne. Głównym warunkiem możności obrony organizmu przed zakażeniem jest zdolność wytworzenia przeciwciał i fagocytozy. Zdolność tę posiada tylko organizm silny, dobrze odżywiany. Stan odżywienia znów jest uzależniony od zdolności przetrawienia spożytych pokarmów i przyswojenia ich oraz wchłonięcia do krwiobiegu. W procesie trawienia odgrywa uzębienie nader ważną rolę. Prawidłowa bowiem możność pełnego przetrawienia spożywanych pokarmów jest w bardzo dużej mierze związana z odpowiednim przygotowaniem ich w jamie ustnej, czyli rozdrobnieniem i przemieszaniem ze śliną przez dokładne przeżucie zębami. Każde usuwanie zębów jest zatem świadomym obniżaniem wartości obronnej organizmu. Ta zasada ostatecznie zwyciężyła.

Obecnie więc w Ameryce podobnie jak u nas żąda się ścisłego uzasadnienia dla usunięcia każdego poszczególnego zęba. W przypadkach podejrzanych o zakażenie organizmu pochodzenia zębowego następuje porozumienie się internisty z lekarzem dentystą i wynik wspólnej decyzji prowadzi dopiero do wykonania ewentualnego zabiegu usunięcia zęba.

Naukowe badania R o s e n o w a i innych dowiodły na zwierzętach łączności schorzeń odległych organów z ogniskiem zakażonym okolicy przyszczytowej zębów. Bakterie wychodowane z ziarniniaka zębowego i wstrzyknięte do krwiobiegu zwierzęcia wywoływały w niektórych przypadkach schorzenia ogólne. Przytem zasługuje na uwagę szczególna skłonność wywoływania wstrzykniętych zwierzęciu z ziarniniaków bakteryj schorzeń podobnych organów, jakie się dawało stwierdzić u odnośnego chorego.

Zależność w niektórych przypadkach schorzeń odległych organów od obecności ziarniniaków stwierdziła również i obserwacja kliniczna. Fakty wystąpienia polepszenia się stanu chorobowego po usunięciu ogniska przez ekstrakcję zęba i wyłyżeczkowania ziarniny przemawia bardzo dobitnie. Procentowo jednak ilość takich przypadków wymownych jest znikomo mała.

Ziarniniaki są naogół uważane, jako wał ochronny, wytworzony przez organizm i broniący go od głębszego wnikania zarazków ze strony zakażonego przewodu korzeniowego. Zapatrywanie to jest do pewnego stopnia względne. P r e c h t badając bakteriologicznie setki ziarniniaków, podaje jako nadzwyczajną rzadkość stwierdzenia ich jałowości. Przytem ziarniniaki odpowiadające bardziej formie wału ochronnego, czyli o brzegach ostro odgraniczonych, są rzadsze, a częściej spotykamy natomiast formy ziarniniaków rozla-

nych. Tkanka ziarninowa bywa najczęściej wrośnięta wprost do otwartych przestrzeni szpiku kostnego. Poza tym ziarniniaki odgraniczone nawet otoczką łącznotkankową wykazują często histologicznie tendencję do przerwania otoczki i przeistoczenia się tym samym w formę rozlaną przy zaostrzeniu się procesu zapalnego. Ponieważ wypustki unaczynione sięgają wgłąb ziarniniaków rozlanych, więc możność wtargnięcia zarazków drogą krwiobiegu oraz drogą naczyń limfatycznych z następowym wywołaniem schorzenia odległych organów grozi w każdej chwili. Na ziarniniaki nie powinniśmy patrzeć tylko z punktu widzenia wału ochronnego organizmu, a musimy je uważać przede wszystkim jako wskaźnik obecności ogniska zakaźnego.

Badając chore zęby, musimy wychodzić z założenia, że stan zapalny w tkance okołoszczytowej wytwarza zawsze możność zawleczenia zarazków na inne miejsca. Powinniśmy więc wytężyć wszystkie siły, aby nie dopuścić do powstawania ognisk przyszczytowych, które wytwarzają się w następstwie schorzeń miazgi zębowej, a ostatnie są znów wynikiem drążącej wgłąb próchnicy zębów.

Z drugiej strony w razie obecności ognisk okołoszczytowych musimy doprowadzić przez zabiegi lecznicze wykonywane w zębach z rozpadłą zgorzelinowo miazgą do opanowania ognisk i doprowadzenia ich do zaniku. Świadomość ciągła faktu, że każde schorzenie miazgi może sprowadzić za sobą ciężkie ogólne schorzenie organizmu, czyli, że przez leczenie zębów jest zdrowie ogólne chorego powierzone w ręce lekarza dentysty, a nie same zęby tylko, nadaje pracy lekarza-dentysty wielką odpowiedzialność zawodową. Praca nazbyt szybka i metoda oceniania pracy według ilości dokonanych zabiegów są nie tylko małowartościowe, ale zasadniczo błędne i potępienia godne, albowiem wskutek związanych z nadmierną szybkością niedokładności wykonawczych dąży się świadomie do wytwarzania ognisk okołoszczytowych i następowych schorzeń ogólnych. Ujemne wyniki niedokładnego leczenia nie występują natychmiast i mogą wogóle ujść uwagi zarówno chorego jak i lekarza, albowiem schorzenia przyszczytowe przybierają odrazu charakter chronicznego stanu zapalnego i jedynie przypadkowe obostrzenie procesu może dać znać o sobie miejscowo. Tem nie mniej tworzą się ogniska zakaźne, groźne dla innych odległych organów i całego ustroju.

Badania związane z zakażeniem ustroju pochodzącym od zębów spowodowały kontrolę metod leczniczych miazgi i pogłębiły badania nad przyczynami niepowodzeń ogólnie przyjętego postępowania leczniczego. Wysunięto przede wszystkim trudności anatomiczne uniemożliwiające dokładne oczyszczenie i odkażenie kanału zębowego. Pojęcie dawne przedstawiające kanał jako rurę lejkowato zwężającą się od komory zęba w kierunku ku szczytowi, odpadło już w r. 1900 na podstawie badań Preiswerka i Fiszera, wykazujących różnorodność kształtów i rozgałęzień kanału w korzeniach. Prace późniejszych Loosa, Porta, Adloffa, Morala, Hessa, Walkhoffa, Grövego, Schwarza, Aku-

mury, Leuhosseka, Kellera i wielu innych przyczyniły się do dalszego wyświetlenia bardziej szczegółowego kształtów anatomicznych kanału korzeniowego oraz rozgałęzień jego i to nie tylko przyszczytowych, ale i bocznych, idących poprzecznie przez ścianę korzenia od miazgi do ozębnej. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ściany kanału korzeniowego nie są gładkie, a mają rozmaite uchyłki i zagłębienia. Równocześnie rozgałęzienia przyszczytowe i boczne przybierają rozmaite formy od nieregularnych, szerokich, deltowatych, do mniej lub bardziej powikłanych drzewkowatych. Kanały zębowe początkowo w wieku młodym szerokie i z otworem szczytowym szerokim mało rozgałęzionym, ulegają z czasem zwężaniu, a rozgałęzienia przyszczytowe pogmatwaniu. Szczyt korzenia zmienia się z otworu jednego w siatkę.

Równolegle ze zmianą kształtu kanału różnicuje się i miazga. Z tworu sznura początkowo jednolitego od komory do szczytu przechodzi po 20 roku życia w skomplikowaną nieregularną siatkę poszczególnych pasków miazgowych.

W wyniku tych warunków anatomicznych doszczętne usunięcie miazgi względnie oczyszczenie kanału z treści rozpadłej przy zgorzeli miazgi staje się nieosiągalne w bardzo wielu przypadkach żadnym sposobem. Można główny pień usunąć, lecz pozostaną nieoczyszczone rozgałęzienia i zaułki kanału. Nie należy się więc łudzić możnością uzyskania zupełnej jałowości wszystkich rozgałęzień i zaułków w korzeniu. Przypuszczać raczej należy, że pozostaną zawsze miejsca dla nas niedosiągalne, a zatem musi się mieć na uwadze możność przejścia na ozębną zarazków chwilowo lekarstwami osłabionych przez proces leczenia.

Nie możność dosięgnięcia wszystkich zaułków i rozgałęzień w kanale zębowym ze względu na warunki anatomiczne, nie dozwalające na całkowite oczyszczenie kanału mechaniczne, zmusza do stosowania w leczeniu korzeni lekarstw lotnych drążących w głąb. Pomimo usilnych starań nie osiąga się jednak nigdy pewnika, że leczeniem uda się doprowadzić ząb do zupełnej jałowości zakażonego korzenia, a należy się raczej spodziewać, że zawsze pozostaną w zaułkach ukryte zarodki chwilowo osłabione w swej zjadliwości i oszołomione tylko. Wobec tego najbardziej racjonalnym wydaje się następowe wypełnianie korzeni materiałami zawierającymi w sobie działanie odkażające, długotrwałe, lekarstwami mało rozpuszczalnymi w wodzie i nie drażniącymi tkanek otaczających w razie przejścia z korzenia na ozębnę.

W tych warunkach zawsze się liczyć trzeba z możliwością przeniknięcia po czasie zarazków z zaułków i rozgałęzień do ozębnej, pozostawiając walkę z nimi organizmowi. Odporność więc organizmu, a przede wszystkim ozębnej musi być w leczeniu zębów do pomocy wciągnięta. Żywotność i odporność ozębnej jest bardzo ważnym czynnikiem uzupełniającym niedostatek naszych zabiegów leczniczych.

Rany wytworzone na ozębnej goją się bardzo powoli. Najdrobniejsze nawet uszkodzenia wymagą kilku do kilkunastu miesięcy na

wygojenie się. Badania Foerstera na psach wykazały, że rany przyszczytowe po usunięciu miazgi aseptycznie wykonnanym nawet po upływie 36 tygodni nie wykazują jeszcze całkowitego wygojenia się. Badania w kierunku zachowania się zranionej ozębnej były przeprowadzane umyślnie na psach z powodu odporności ozębnej u psów na zakażenia. Obserwowane więc zmiany histologiczne dały się sprowadzić do ran czysto urazowych.

Porównując ten proces powolnego gojenia się ze stanami chorobowymi na skutek zakażenia ozębnej ze strony korzenia, zrozumiemy łatwo swoistą skłonność schorzeń ozębnej do przebiegu chronicznego. Zarówno w przypadku gojenia się rany pourazowej, jakoteż przy wytwarzaniu się ziarniniaka przyszczytowego przebieg chorobowy może odbywać się bezboleśnie i przemijać bez równoczesnych jakichkolwiek klinicznych przejawów miejscowych schorzałej ozębnej.

Wciągnięcie organizmu do pomocy w leczeniu i zwalczaniu zakażeń wychodzących z korzeni zębowych, wysuwa na czoło sentencję Paracelsa „medicus curat, natura sanat“, a nas stawia ciągle wobec groźnej możliwości nie podołania organizmu zakażeniu i wytworzenia się schorzenia nie tylko miejscowego w najbliższej okolicy zęba, ale i zawleczenia zarazków drogą krwiobiegu do organów mniej lub bardziej odległych, a w końcu wystąpienia zakażenia ogólnego z możliwością zejścia śmiertelnego.

W leczeniu zębów ogólnym, w znaczeniu społecznym musi być zatem największy nacisk zwrócony w kierunku niedopuszczenia do zepsuć zębów głębszych, dochodzących do miazgi, a wychwytywania i leczenia zepsuć powierzchownych, dających się wypełnić bez leczenia korzeni. W pełni usprawiedliwioną jest również zasada usuwania zębów z zakażonymi korzeniami przy zgorzelinowo rozpadłej miazdze jako wymagającymi dużo trudu przy leczeniu bez równoczesnego pewnika uzyskania zawsze dodatniego wyniku ostatecznego.

Z drugiej znów strony wypada mi równocześnie poruszyć zapatrywania naukowe i dążenia w kierunku zapobiegania powstawania próchnicy zębów. Przyczyny miejscowe polegające na niedostatecznej pielęgnacji jamy ustnej i wytwarzającej się przytem fermentacji, prowadzącej do psucia się zębów są zwykle wysuwane na czoło tego zagadnienia.

Wydaje mi się jednak, że o wiele ważniejszą rolę przytem odgrywa indywidualna skłonność do próchnicy. Pojęcie skłonności obejmuje nie tylko czynniki wrodzone drogą dziedziczności, ale i nabyte w zaczątkach życia w łonie matki, oraz warunki życiowe organizmu późniejsze, prowadzące do osłabienia odporności tkanek zębowych, tworząc tym samym tło zwiększonej podatności zębów do próchnicy.

Ujęcie warunków życiowych jest dość skomplikowane, albowiem one wynikają z wzajemnego na się wpływu podstaw pokarmowych czyli białka węglowodanów tłuszczu i składników mineralnych, ich zdolności asymilacyjnych w ustroju, oraz ścisłego z tym związku wpływu hormonów i witamin.

Między ilością spożywanego białka z jednej strony, a ilością wę-

glowodanów i tłuszczu z drugiej istnieje pewna możliwość wyrównawcza, stwierdzona w badaniach od dawna. Podobnie w przemianie soli mineralnych w ustroju istnieje pewien wzajemny związek między wapniem a fosforem, magnezją, fluorem, żelazem i t. d.

Zwiększony dopływ wapnia zmniejsza resorbcję kwasów fosforowych, albowiem nadmiar doprowadzonego wapna łączy się w przewodzie pokarmowym z kwasami fosforowymi w trudno rozpuszczalne sole, które z wydalinami jelit opuszczają organizm, w niezmienionym już później stanie. Tem tłumaczą się zaburzenia wzrostowe kości, występowanie osteomalacji i innych schorzeń przemiany materii przy przekarmianiu zwierząt wapniem. Równie ważnym jest upośledzenie resorbcji tłuszczów w jelitach zarówno u niemowląt, jak i dorosłych przy podawaniu nadmiernej zawartości wapnia w pokarmach. Na tę okoliczność zwrócili hodowcy uwagę, utrzymując, że na tuczenie zwierząt wpływa ujemnie wapno zalecane jako dodatek do paszy dla jej odkwaszania.

Organizm czerpie wapień z zawartości pokarmowych w postaci soli organicznych z mleka, jaja kurzego i nasion roślinnych i ich przetworów względnie soli nieorganicznych jako węglany i fosforany wapnia zawarte w zwykłej wodzie do picia, a szczególnie w wodach mineralnych. Ilość dziennego zapotrzebowania wapnia przez organizm jest podawaną w literaturze w dość rozciągłych granicach. Optimum wypadnie najprawdopodobniej około 1—1,5 gr dziennie. Jako minimum potrzebne dla utrzymania równowagi, uznano 0,4—0,7 gr dziennie, ale zaznaczyć mi wypada, że ilość ta wyklucza już możliwość tworzenia jakichkolwiek rezerw w organiźmie, a w tych warunkach drobna nieraz przyczyna chwilowej niedyspozycji może doprowadzić do ciężkich zaburzeń przemiany materii. Równie trudno jest uzgodnić zapatrywania co do pokrywania lub nie, potrzebnej ilości wapnia zwykłym codziennym pokarmem. Interniści przeważnie dają odpowiedź twierdzącą.

Drugi składnik mineralny fosfór, występujący w organiźmie w postaci soli nieorganicznych w kościach i zębach, a w połączeniach organicznych w wątrobie, śledzionie i mózgu bywa doprowadzony w pokarmach głównie jako połączenia organiczne w mleku, mięsie, jajach i nasionach strączkowych. Zwiększony dowóz fosforu w nieznacznych granicach wpływa korzystnie na organizm, przyczem kości i zęby wykazują zwiększoną zawartość wapnia i fosforu. Nadmiar folsforu zatrzymuje organizm nader chętnie i to daleko poza granice możliwego zapotrzebowania. W kościach tworzy się widocznie rezerwuar dla ewentualnego pokrywania mogącego kiedyś przypadkowo wystąpić niedoboru. Z tym wiąże się zdolność łatwego znoszenia przez organizm niedoboru fosforu w pożywieniach nawet przez dłuższy czas, o ile nie ulegnie zbytniemu niestosunkowi ilość podawanego wapnia i fosforu w pokarmach, burząca wzajemną równowagę bilansową. Nadmiar fosforu przy braku wapnia prowadzi do schorzeń kostnych.

Podobny wzajemny stosunek, jaki jest utrzymywany w organi-

źmie między wapniem i fosforem istnieje również między magnezją a solą kuchenną, oraz między potasem, a fluorem. Rola magnezji w organizmie jest mało znaną. Wiemy jedynie, że wchodzi jako niezbędny składnik tkanek twardych. Sól kuchenna ma zwiększać resorbcję potasu. Doświadczenia na psach (Schröder), wykazały, że podawanie fluorku sodu, względnie fluorku potasu (0,01 pro die) zwiększa ilościową zawartość wapnia w kościach i zębach kosztem magnezji. Fluor jest stałym składnikiem kości i zębów (Trebitsch), a w śladach spotykamy go we wszystkich prawie organach i w każdym pożywieniu. Zawierają go również niektóre wody mineralne (Karlsbad) i woda morska. Znanym jest stosowanie w homeopatii od dawna fluorku potasu przy opóźnionym ząbkowaniu i jako środek zapobiegawczy od próchnicy. Brak tylko wyjaśnienia wzajemnego związku. Podawanie fluorku psom w większych dawkach (0,4 gr pro die) osłabia odporność zębów i kości, czyniąc je porowatymi i zmniejszając ich ciężar. Analogiczne zmiany spotyka się u robotników stykających się w swej zawodowej pracy z kwasem fluorowodorowym, względnie jego solami.

Wzajemny wpływ i stosunek soli nieorganicznych bywa regulowany według nowszych zapatrywań hormonami, będącymi produktem gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, oraz witaminami doprowadzanymi z roślinnym pożywieniem. Doniosła rola witamin w życiu istot wyższych staje się łatwo zrozumiałą, jeśli się weźmie pod uwagę wzajemny stosunek zastępczy między hormonami, a witaminami w niektórych przypadkach. Dowiedzionym jest, że hormon przysadki mózgowej nader ważny dla asymilacji wapnia przy rozwoju kości i zębów daje się zastąpić ergosteryną. Niektóre z witamin nie mają odpowiednika hormonowego u niektórych istot. Witamin C, którego brak w pokarmach prowadzi bardzo rychło do przejawów skorbutu u człowieka, morskiej świnki i królika, nie ma u tych odpowiednika hormonowego. Psy i szczury są natomiast mniej wrażliwe, albowiem brak witaminu C zastępuje u nich hormon wytwarzany w wątrobie. Ważnym jest również stosunek ich ilościowy i wzajemne pod tym względem oddziaływanie.

W przemianie wapiennej ustroju biorą żywy udział witaminy A i D. S t e p p podnosi, że nie jest decydującą przytem ich ilość, lecz ilościowy wzajemny stosunek, co jest szczególnie ważnym przy leczeniu zaburzeń kostnych.

Jeżeli zatem dla zniesienia niedomagań rozwojowych kości szczęk i zębów dawać będziemy sam witamin D przy pożywieniu ubogim w tłuszcze i witamin A, uzyskamy wprost odwrotny skutek czyli zwiększanie się zaburzeń kostnych. Poprawa wystąpi jednak natychmiast skoro tylko dodamy witaminu A. Praktyka wykazała, że najkorzystniejszy wzajemny ilościowy stosunek jest zachowany w samej przyrodzie np. w tranie, ale tylko tak długo, jak długo tran pozostanie w stanie naturalnym w niczym niezmienionym. Ilość witaminu A w stosunku do witaminu D jest w tranie szczęśliwie dobraną, a każda zmiana odbija się w leczeniu ujemnie. Dodatek np. soku

pomarańczowego dla poprawy smaku, czy też wzbogacenia organizmu w dalsze witaminy wywołuje zamiast poprawy — schorzenia skorbutowe. Dodatek witaminu A zawartego w soku pomarańczowym do ilości witaminu zawartego w tranie znosi nie tylko działanie witaminu C z pomarańcz, ale swą przewagą ilościową wywołuje w organiźmie skorbut (Stepp).

Z powyższego wynika, że na gospodarkę mineralną ustroju a szczególnie na przemianę wapniową działa szereg czynników wiążących się wzajemnie w ścisłą zależność. Odgrywa tu bowiem rolę nie tylko wzajemny ilościowy stosunek poszczególnych składników wapnia, magnezji, fosforu i fluoru, ale równorzędnie ważne są procesy, jakie zachodzą równocześnie między witaminami, a solami mineralnymi oraz między samymi witaminami, a w końcu między witaminami i hormonami.

Proces gospodarki wapiennej w ustroju jest nader zawiły, ale podstawowym czynnikiem jest dostarczenie ustrojowi dostatecznej ilości wapnia. Obserwacje kliniczne i doświadczenia na zwierzętach wykazały, że brak wapnia, względnie niedostateczna jego zawartość w pokarmach podczas rozwoju zębów wykazuje osłabioną ich budowę, tworząc w zębinie wolne przestrzenie międzyglobularne w bardzo znacznej ilości, a równocześnie pryzmy szkliwa wykazują niedostateczne zwapnienia. Ubogie w wapień pożywienie podawane przez dłuższy czas odbija się na wytrzymałości kości i odporności zębów i w wieku późniejszym.

Hodowcy bydła zwrócili już dawno uwagę, że bydło karmione paszą kwaśną pochodzącą z wilgotnych łąk i ubogą w sole wapienne, odznacza się karłowatością i kruchością kości, które ustępują po dodaniu do paszy fosforanu wapnia. Analogiczne obserwacje kruchości kości u bydła dotyczą okresów znacznej i długotrwałej posuchy. W gorące i suche lato rośliny nie otrzymują z ziemi dostatecznej ilości wapnia, albowiem brak wody nie wyługowuje pokładów wapiennych.

Jakość ziemi, jej bogactwo w sole mineralne jest decydujące dla zwierząt i ludzi korzystających z jej dobrodziejstw. Za pośrednictwem roślin pobieramy bowiem w pokarmach mniej lub bardziej korzystną właściwość ziemi. Zestawienia poborowych Roesego wykazały, że poborowi pochodzący z okolic obfitujących w pokłady wapienne wykazują wybitnie lepsze uzębienie od innych. Forbes Webster przytacza: „Jeżeli Anglicy posiadają najgorsze zęby z całego świata, to przoduje w tym Glasgow, co bezwątpliwie pochodzi z miękkiej wody pobieranej z jeziora Cathirine, a oszczędność tysięcy funtów uzyskana przy tym na mydle odbywa się kosztem zębów. Doradza przy tym dodawać wapnia do wody użytkowej. W niektórych pensjonatach i schroniskach dziecięcych w niemieckim Schwarzwaldzie dodają preparaty wapienne do wody do picia.

W wielkich miastach kształtują się warunki życiowe nieco odmiennie i bardziej różnorodnie. Zaopatrywanie miast w rozmaite co

do gatunku i pochodzenia produkty bogate w witaminy i składniki mineralne, świeże nawet w miesiącach zimowych, nie wpływa jednakowo korzystnie na wszystkie warstwy. Obserwacje lekarskie wykazują, że warstwom uboższym, robotniczym brak pokarmów posiadających sole mineralne i witaminy, zwłaszcza w miesiącach zimowych. Odżywianie się jednostronne częstokroć nawet obfite, ale tylko w węglowodany, obniża wybitnie odporność zębów na próchnicę. Ostatnio poddają nawet w wątpliwość (H o s k e) możność dobrego wykorzystywania węglowodanów przez organizm. Witamina B bowiem, regulująca przemianę węglowodanową, a zawarta obficie w ziarnach zboża, zostaje przy procesie mielenia wydalona i nie dochodzi do organizmu. Na niszczenie zębów przez jednostronne pożywienie węglowodanowe zwrócono uwagę już dawniej, znajdując regularnie ruinę zębową u młynarzy, cukierników i piekarzy. Analogicznie ujemny wpływ pożywienia na zęby obserwuje się w zakładach i pensjonatach wychowawczych, jeżeli przeważa pokarm węglowodanowy z dużą ilością rozmaitych legumin, a na dodatek i stosowania jeszcze przegotowanej wody do picia czyli pozbawionej prawie soli wapiennych. W tych warunkach wystarcza okres zaledwie kilku miesięcy (pół roku), ażeby próchnica poczyniła nagle spustoszenie w zębach.

Dodatek mleka, masła, sera, jaj, owoców i jarzyn, jest w pożywieniu niezbędnym dla utrzymania zdrowych zębów. Mleko i przetwory mleczne dostarczają wapnia i fosforu w wzajemnym najbardziej odpowiednim stosunku ilościowym, a jarzyny i owoce witamin koniecznych ustrojowi dla racjonalnej gospodarki mineralnej, a przede wszystkim gospodarki wapnia, nie można przytem pominąć, że zawartość wapnia w mleku i jarzynach jest znikomo małą i takowa zostaje przez gotowanie wytrącona, co szczególnie nie korzystnie odbija się w okresie wzmożonego zapotrzebowania u dzieci podczas rozrostu i matek podczas ciąży i karmienia.

Brak dostatecznej ilości wapnia w organiźmie wyraża się u ludzi zmianą koloru zębów w odcień szarawy z równoczesną wybitną skłonnością do próchnicy.

Zwiększone podawanie witamin nie wyrównuje równoczesnego niedostatku wapnia. Doświadczenia na psach ciężarnych przeprowadzone z podawaniem dostatecznych ilości witamin A. B. C. i D. przy braku wapnia wykazały u szczeniąt złą budowę zębów widoczną nawet gołym okiem podobną do osteoporozy względnie osteohypoplazji.

Czynność więc witamin i hormonów zawodzi o ile niema dostatecznej podaży wapnia. W myśl tego należałoby dążyć do bezwzględnego utrzymania pełnej zawartości wapnia w wodzie do picia a równocześnie starać się o zapobieganie wyługowywania wapnia z jarzyn w procesie gotowania. Podczas wojny próbowano w państwach centralnych dołączyć wapień do chleba przez dodatek do wypieku odciąganego mleka. Ten rodzaj chleba nie znalazł jednakże szerszego rozpowszechnienia.

Jeżeli się weźmie pod uwagę, że w miastach zamiast razowego

chleba żytniego, zamiast mleka i sera spożywa się najwięcej białego chleba pszennego, wędlin i słoniny, a owoce, jarzyny, sałaty są mało dostępne uboższym warstwom, staje się obowiązkiem lekarzy społecznym zapobiegać brakowi wapnia wszelkimi środkami. Podaż samych nawet preparatów wapiennych w okresie zwiększonego zapotrzebowania matkom podczas ciąży i karmienia, a dzieciom w okresie wzrostu wykazuje już zdobycz nielada w formie wybitnie odporniejszej budowy zębów. Bezwzględnie jeszcze lepsze wyniki osiągnie się, podając w tych okolicznościach wapień łącznie z witaminami A i D.

Doświadczenia na psach i szczurach Schrödera oraz Hoskego na dzieciach w przytułkach wykazały, że preparaty wapienne nieorganiczne, trudno przyswajalne przez organizm nie dawały żadnego wyniku. Poprawę wzrostu kostnego i jakości budowy wykazywały preparaty wapienne organiczne, łatwiej przyswajalne calcium citricum i calcium glycerino phosphoricum. Najlepsze zaś wyniki osiągnął Hoske, dodając do preparatów organicznych wapnia witaminu D.

Idealne połączenie ilościowego stosunku w zawartościach wapnia fosforu i witaminu D. przedstawiają płaskie kości cielęce, które w stanie świeżym roztarte łącznie ze szpikiem zastosowano do karmienia dodatkowego psów i szczurów. Tkanka kostna dostarczała wapnia i fosforu, a szpik witaminu D w ilościach wzajemnie przez naturę najkorzystniej zestawionych i w formie najlepiej przyswajalnej. W Niemczech idą próby w kierunku stworzenia i zastosowania do użytku ludzkiego analogicznego preparatu z roztartych kości cielęcych.

Pypuszczać należy, że myśl stosowania kości zwierzęcych w dodatku do pożywienia była urzeczywistnianą już bardzo dawno. Podania o Herkulesie głoszą, że dla nabrania jak największej ilości sił otrzymywał w jedzeniu kości i szpik ze lwa. Archeolodzy twierdzą, że paleontycy w okresie kamiennym dodawali do swego pożywienia obfitego w mięso i owoce mielone kości.

Kneipp w swej książce zdrowia zaleca słabo rozwijającym się dzieciom dawanie zupy gotowanej z rostartych kości ze szpikiem.

Wydaje się więc, że urzeczywistnienie preparatu kostnego z zakresem stosowania jako dodatku do pożywienia w szerokich warstwach społecznych jest możliwym i że będzie zupełnie trafnym ujęciem walki z niedomogą rozwojową zębów i kości, a wspomoże równocześnie energicznie walkę z próchnicą zębów.

Dalszą bolączką zawodową w znaczeniu społecznym są schorzenia tkanek okołozębowych, prowadzące do ropienia przyzębnego, rozchwiewania zębów, a w końcu i utraty zębów. Pierwsze wzmianki o schorzeniach okołozębia ujmowane nazwami zapalenia dziąseł względnie zębodołu sięgają ery przed Chrystusem. Dokładniejszy opis schorzenia podaje Fauchard w 1746 r., a Foirae nadaje w 1839 r. nazwę „pyorrhöe alveolaris“ ropotoku zębodołowego. Następowe wyjaśnienia, że schorzenie atakuje cały zespół tkanek zgru-

powanych przy zębie, a więc nie tylko ściankę kostną zębodołu, ale równocześnie i fizjologiczną kieszonkę zęba, więzadło okrężne zęba i ozębną wpłynęły na zmianę nazwy, którą chwilowo po wielu propozycjach i utarczkach naukowców ustalono mianem „paradentoza“.

Zagadnienie schorzeń przyzębia jest bardzo żywo poruszane w prasie zawodowej całego świata w ostatnim dziesięcioleciu. O bardzo dużym zainteresowaniu tym zagadnieniem świadczy również stworzenie międzynarodowego stowarzyszenia badaczy schorzeń przyzębia pod nazwą „Arpa“. Przez Arpę są urządzane co roku międzynarodowe zjazdy mające na celu jak najrychlejszą, bezpośrednią wymianę zdań, poglądów i wyników badawczych, a zarazem pobudzenia zainteresowanych naukowców do wytężenia wszystkich sił dla wyjaśnienia tak ważnego dla całej ludzkości zagadnienia. Dotychczasowe wyniki nie rozwiązały jeszcze tajników przyczynowych schorzenia, ani też nie ustalono wytycznych leczenia.

Zaczątek choroby występuje najczęściej w formie procesów zapalnych o charakterze przewlekłym, rozpoczynając się zaczerwienieniem i rozpulchnieniem brzegu dziąsłowego przy zębach. Obraz rentgenologiczny wykazuje już w początkach zanik kostny zębodołu, polegający na zatarciu ostrej granicy brzegów, tworząc brzegi kostne poszarpane. Sprawa zapalna przenosi się z dziąsła w dalszym ciągu nieco głębiej, rozluźniając więzadło okrężne i przy zębach powstaje kieszonka poddziąsłowa z gromadzeniem się w niej osadu i ewentualną wydzieliną ropną oraz wytwarzaniem się kamienia nazębnego poddziąsłowego. Drażnienie głębszych warstw powoduje obrzęk ozębnej, który daje w następstwie chwianie się i wysadzanie zęba z zębodołu. Przez to, że ząb wysadzony staje się dłuższym od sąsiadów, ulega zbytniemu nadwerężeniu przez zęby przeciwległe przy nagryzaniu. Ponieważ nadwerężanie zębów wzmaga podrażnienie ozębnej i stan pogarsza się, zęby stają się wrażliwe i dokuczliwe.

Dla zniesienia drażnienia przez nagryzanie ząb wymaga skrócenia czyli spiłowania miejsc nagryzających. Zeszlifowywanie zębów znoszące wszelkie zahaczania wyważające zęby przy ruchach żucia poziomych zalecone przez A r k ö v y‘e g o w 1894 r. utrzymało się jako podstawowy warunek miejscowego leczenia paradentozy. Równoczesnego opanowania leczniczego wymagają tworzące się przy zębach kieszonki poddziąsłowe. Przy niezbyt daleko posuniętej sprawie do zaniku kieszonek wystarcza dokładne oczyszczenie zębów pod dziąsłem z osadu kamienia nazębnego, który swą chropowatością drażni przylegającą powierzchnię dziąsła. Wytworzoną równocześnie w kieszonkach ziarninę wyłyżeczkowuje się względnie przypala lekarstwami przyżegającymi. Dla ułatwienia dostępu i umożliwienia dokładniejszego oczyszczenia zębów z osadu, oraz wypolerowania oczyszczonej powierzchni zaleca G o t t l i e b wtłaczanie w kieszonki parafiny, przez co dziąsło po upływie doby odchyla się i daje swobodniejszy wgląd do wnętrza.

Kieszonki głębsze wymagają chirurgicznego odsłonięcia zębów z odchyleniem płatu dziąsła, którego nadmiar obcina się i zeszywa

po dokładnym oczyszczeniu zębów, kieszonek i zniszczonych procesem brzegów kostnych wyrostka zębodołowego (Cieszyński, Neuman). Wraz z zanikiem kieszonek przemija ropienie, które uważać należy jako sprawę wtórną.

Miejscowe opanowanie stanów zapalnych i wzajemnego drażnienia daje w wielu przypadkach zahamowanie procesu przynajmniej na pewien okres czasu. Przy zaniku zębodołu niezbyt daleko posuniętym ustępuje chwianie się zębów, dając swobodną możność ich użytkowania. Jeżeli daleko posunięty zanik zębodołu swym uchwytem kostnym korzeni zębowych nie zabezpieczy zębów od chwiania się po przeprowadzonym leczeniu unieruchamia się zęby zapomocą szyn uchwytujących szereg zębów w jedną całość.

Proces schorzenia przyzębia nie zawsze zaczyna się jednak przewlekłym procesem zapalnym. Częstokroć wysuwają się na plan pierwszy zmiany wsteczne, zwyrodnienia głównie tłuszczowe i zanik.

Okoliczności występowania schorzeń przyzębia łącznie z chorobami innymi ustroju, prowadzącymi do ogólnych zaburzeń przemiany materii oraz fakt, że wahania w nasileniu przejawów miejscowych odpowiadają ściśle stanom pogarszania się lub poprawy choroby ogólnej wysunęły przypuszczenie, że istnieje ścisły związek między schorzeniem przyzębia, a innymi chorobami ustroju. Niema prawie choroby, którejby nie przypisywano przyczynowego wywoływania schorzeń przyzębia. Nie ustalono jednakże dotychczas logicznego przyczynowego związku wiążącego wzajemnie chorobę miejscową przyzębia z chorobą ogólną ustrojową.

Występowanie początkowych przejawów paradentozy w formie zapalenia dziąsła łączy przypuszczalnie chorobę z brakiem witaminu C. W chorobie niedostatku witaminu C występują bowiem na dziąśle pierwsze objawy skorbutu. Analogicznie charakterystyczne schorzenia dziąsłowe występują przy zatruciach ołowiem, rtęcią, bizmutem i miedzią bez równocześnie stwierdzalnych objawów zatrucia w innych organach ustroju, przynajmniej w stadium początkowym. Objawy schorzeń dziąsłowych występujące podczas ciąży przemijają rychło w 2—3 dni po zastosowaniu witaminu C.

Fakty te przemawiają za istnieniem pewnego podłoża wiążącego paradentozę z tłem ogólnym. Brak jednak wyjaśnień wiążących ścisłą łączność.

Leczenie w obecnej chwili jest skierowane w całości do opanowania przejawów miejscowych schorzenia, a nie obejmuje leczenia przyczynowego, bo przyczyn nie znamy.

Schorzenie przyzębia jest chorobą często spotykaną i to we wszystkich warstwach społecznych zarówno u kobiet jak i mężczyzn. Przez tworzenie się kieszonek zębowych pełnych ognisk bakteryjnych, wydzielających jady i zatruwających organizm oraz przez grozę zaszczepienia ognisk zakaźnych z kieszonek do innych organów ustroju wyświetlenie choroby wszechstronne jest nagłą koniecznością. Prace naukowe prowadzone we wszystkich kierunkach zarówno przez stomatologów, jak i przez anatomopatologów, endokri-

nologów, internistów i t. d., gubią się dotychczas w samych przypuszczeniach tylko teoretycznych, nie przynosząc radykalnego praktycznego rozwiązania leczniczego, ani też nie określając sposobu zapobiegania.

Przyznać jednak należy, że dominującą rolę w zapobieganiu chorób zębów i tkanek najbliższych odgrywać będzie staranie się o uzyskanie budowy mocnej mogącej się oprzeć nieprzychylnym czynnikom życiowym. Należy więc dbać przede wszystkim o dostarczenie materiału budowlanego i o zdrowotność w zaczątkach życia, w okresie tworzenia się organów i ich wzrostu, czyli dbać o matkę podczas ciąży i karmienia oraz o dziecko przez cały czas jego rozrostu.

———o———

Z Zakładu Chirurgiczno-Stomatologicznego U. S. w Warszawie.
(Kierownik: prof. dr K. SZEPELSKI)
i
2-go Oddziału Chirurgicznego Szpitala Dz. Jezus
(ordynator doc. dr J. RUTKOWSKI).

Dr FR. BOHDANOWICZ. *Warszawa.*
st. asystent Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akad. Stom.

Kiła szczęk.

Kości szczękowe z natury rzeczy muszą w przebiegu zakażenia kiłowego podlegać tym samym zmianom swoistym, co i pozostałe kości ustroju ludzkiego. Istnienie jednak aparatu zębowego mieszczącego się w szczękach, a posiadającego swą odrębną patologię, powoduje, że przebieg schorzenia kiłowego szczęki ma niejednokrotnie przebieg odmienny i mniej typowy niż to się dzieje w innych kościach. Tak częste sprawy zapalne pochodzenia zębowego mogą zaciemniać zwykły obraz schorzenia kiłowego, a zakażenie banalne rozwijające się na podłożu specyficznym będzie niejednokrotnie miało pole do rozwoju niepożądanego zarówno dla leczonego, jak i leczącego.

Kiła kostna powstaje zarówno w okresie wczesnym — wysypkowym (II), jak i późnym (III) schorzenia. Najczęstszą postacią tu występującą jest kilakowe zapalenie okostnej (periostitis syphilitica v. gummosa). Kilaki okostnej przeważnie spotykają się na kościach pokrywy czaszki, przymostkowych końcach obojczyka, goleni i t. d. Kilaki powstają wśród bólów silnych w okresie II, a słabych w III, na wewnętrznej powierzchni okostnej, w postaci okrągłych, elastycznych zgrubień (tophi), częstokroć o wyglądzie szkiełka zegarkowego. Guzki te ulegają stopniowemu powiększeniu, przy czym, o ile przybiorą duże rozmiary, skóra nad nimi brzęknie i czerwienieje. Na przekroju guza widzimy tkankę galaretowatą wydzielającą ciecz kleistą, ciągnącą się. Z tkanki tej wychodzą wypustki

drążące poprzez kanały H a v e r s a do kości. W kości powstaje w następstwie zapalenie (ostitis gummosa), charakteryzujące się z jednej strony zniszczeniem tkanki kostnej przez resorbcję ziarniną kilakową (caries) oraz obumarcie poszczególnych odcinków kości — z drugiej strony występuje pobudzenie otoczenia do nowotworzenia kości. Kość w wypadkach dalej posuniętych zwiększa swą objętość i staje się nierówna na skutek powstawania wyrośli kostnych, jednocześnie jest lekka i łamliwa na skutek zwiększonej resorbcji (osteoporosis).

Małe kilaki okostnej mogą ulec wessaniu, pozostawiając jedynie jako ślad swej bytności płytkie zagłębienia w powierzchni kostnej, świadczące o przebytej caries sicca.

Kilaki występujące w okresie późnym cechują się mniejszą bolesnością, powolniejszym rozwojem i większymi rozmiarami. Ulegają one często rozpadowi serowatemu lub stłuszczeniu, poczem następuje resorbcja lub zropienie. W tym ostatnim przypadku, o ile zawartość nie zostanie opróżniona przez lekarza, ropa przebija się przez skórę i powstaje owrzodzenie sączące, pokryte cuchnącą ropą i strzępkami, o brzegach odwarstwionych od sadłowatego dna kilakowej tkanki. Gdy rozpad postępuje, kość zostaje obnażona i po pewnym czasie odpada od niej cienka warstwa obumarłej, podziurawionej, zbitej kości (ostitis gumnosa). Wygojenie następuje po wytworzeniu się zdrowej ziarniny, powstaje przytem blizna mocno zrośnięta z kością.

Zależnie od umiejscowienia przebyta ostitis gummosa pozostawia po sobie mniej lub więcej rozległe uszkodzenia takie, jak powszechnie znany nos siodełkowy, przedziurawienie podniebienia i t. p.

Kiłowe zapalenie szpiku kostnego (osteomyelitis syphilitica lub gummosa) występuje w postaci ograniczonej lub rozlanej. W wypadku pierwszym powstają w szpiku kanału szpikowego lub substancji gąbczastej ogniska wielkości od grochu do orzecha—szaro-różowe, galaretowate, później dzięki zmianom tłuszczowym żółtawe, kruche. Są one niebolesne lub też powodują bóle szczególnie nocą (dolores osteocopi et nocturni). Postać rozwija się powoli, niszcząc tkankę kostną. Kość otaczająca grubieje, twardnieje. Ogniska występują pojedyńczo lub, częściej, w większej liczbie. W tym ostatnim przypadku kość położona między ogniskami chorobowymi może ulec obumarciu, powstają martwaki wydzielające się na skutek powolnego wytwarzania ziarniny dopiero po latach. Postać ta występuje najczęściej w kościach pokrywy czaszki. Może pozostawiać po sobie ubytki kostne, aż do obnażenia opony twardej włącznie.

Rozlane zapalenie okostnej i szpiku kostnego może spowodować w kościach czaszki również daleko idące zniszczenie, podczas gdy w kościach długich (przedramię, goleń) wywołuje najczęściej nawarstwienie kości (hyperostosis) bez ropienia.

Rozpoznanie kiłowego schorzenia kości niejednokrotnie nastręcza duże trudności. Pojedyncze guzki w okostnej mogą być przyjmo-

wane za guzki dnawe. Zmiany w kościach mogą być uważane jako sprawy przewlekłe ropne, lub gruźlicze, nowotwory okostnowe lub wewnątrz-kostne, wreszcie za ostitis deformans Pageta.

Jeżeli ustalenie charakteru kiłowego schorzenia kości bywa trudne, to z jeszcze większymi trudnościami spotykamy się przy występowaniu tego schorzenia w kościach szczęki. Periostitis gummosa występująca w stadium drugim schorzenia z silnymi bólami może być przyjęta przez nas za sprawę banalną, zwłaszcza gdy występuje w odcinku szczęki z zębami zgorzelinowymi. Powstający w następstwie martwak, w razie usunięcia odpowiednich zębów może być niesłusznie uważany przez pacjenta za skutek zakażenia po zabiegu — ze wszystkimi tak częstymi w obecnych czasach konsekwencjami prawnymi. Dłuższa nawet obserwacja może nie doprowadzić do właściwego rozpoznania, gdyż w razie rozpadu ropnego kilak może opróżniać się wzdłuż szyjek zębów, dając jedynie obraz chronicznego ropnia. Dlatego też w przypadkach zapalenia okostnej wyrostka zębodołowego szczególnie „pochodzenia przyszyjkowego" w braku zębów zgorzelinowych lub bezmiazgowych, nie będzie przesadą zebranie wywiadów co do przebytych schorzeń wenerycznych. W razie odpowiedzi negatywnej lub wątpliwej (wrzód miękki, który mógł maskować współistniejące zakażenie kiłowe) wątpliwości rozstrzygnie badanie krwi na odczyn Wassermana. Ponieważ w zmianach trzeciorzędowych odczyn ten występuje jedynie w 70% z wynikiem dodatnim, w razie wyniku ujemnego należałoby zastosować t. zw. prowokacyjną iniekcję salwarsanu, która może zmienić dotychczasowy odczyn ujemny na dodatni. W przypadkach szczególnie poważnych można się uciec do zbadania płynu mózgowo-rdzeniowego.

Przytoczone rozważania nie są jedynie teoretyczne, czego dowodzi niżej podany przypadek własny.

Dnia 10.IV. r. b. do ambulatorium U. S. zgłosił się chory A. R. lat 32, ze skargami na bóle szczęki dolnej prawej. Badanie wykazało obrzmienie i bolesność miernego stopnia w okolicy żuchwowej pr. Badanie wśródustne: zaczerwienienie i znaczna bolesność wyrostka zębodołowego w obrębie zębów 6—, 5—, 4—. Ząb 5— żywo bolesny przy dotykaniu. Zęby 5—, 4— z miazgą zgorzelinową. Chory podaje, że dolegliwości te, z początku mniej dokuczliwe, wystąpiły przed kilkoma tygodniami, obecnie wzmogły się, co zmusiło go do udania się do lekarza.

Zalecono choremu stosowanie zimnych okładów na szczękę, do wewnątrz 3 razy dziennie po 1 tabletce septaziny i skierowano do zakładu rentgenowskiego dla dokonania zdjęcia chorych zębów. Pacjent zgłosił się po 2 dniach. Objawy ostre zapalne zmniejszyły się znacznie. Zdjęcie rentgen. wykazało ograniczone ognisko odwapnienia kości w obrębie wierzchołka zęba 5— wielkości ziarnka pieprzu, poza tym zatarcie struktury beleczkowej kości na przestrzeni od zęba 6— do 4— bez wyraźnego odgraniczenia.

Chory domagał się usunięcia zęba, lecz wobec zmniejszania się ostrych objawów zapalnych postanowiono zabieg odłożyć do ich ustąpienia. Chory zgłosił się do kontroli po 2 tygodniach. Bolesność ustąpiła prawie całkowicie, natomiast

przy ucisku wyrostka zębodołowego w okolicy 5— z kieszonki przydziąsłowej wydobywa się dość obficie ropa.

Dnia 27.V. chory zgłosił się ponownie, prosząc o ostateczne zlikwidowanie sprawy i uwolnienie go od dokuczliwego ropienia. Badanie wykazało całkowity brak bolesności wyrostka zębodołowego, natomiast śluzówka rozpulchniona i przy ucisku wydobywa się obficie ropa.

W znieczuleniu przewodowym usunięto ząb 5—, poczem w czasie łyżeczkowania ziarniny przywierzchołkowej wydobyto obumarłą blaszkę zewnętrzną wyrostka zębodołowego w postaci podziurkowanej płytki wielkości 2,5 cm $\times$ 1,5 cm.

Chory zapytany o zakażenie kiłowe, potwierdził przypuszczenie, podając, że zaraził się przed 3 laty. Kuracji z niewiadomych przyczyn nie ukończył. Dokonane następnie badanie krwi na odczyn WR. dało w wyniku ++. Chorego skierowano do wenerologa.

Opisany przypadek jest przykładem periostitis gummosa, wyrostka zębodołowego żuchwy, na które nałożył się obraz wtórnego zakażenia drobnoustrojami banalnymi. Obecność zębów zgorzelinowych stała się przyczyną powstania zapalenia ropnego. Szybkie wydzielenie się martwaka, należy przypisywać właśnie działaniu tegoż zapalenia ropnego. że zmiany w kości pochodzenia kiłowego musiały istnieć już w chwili zgłoszenia się chorego, wskazuje na to obraz rentgenowski. W danym przypadku należy uważać za rzecz pomyślną, usunięcie martwaka równocześnie z zębem, co wyłącza ze strony chorego możliwość wiązania tego powikłania z wykonaniem samego zabiegu.

Przy traktowaniu spraw zapalnych zwykłych u chorych o podłożu kiłowym, musimy uwzględniać fakt, że ustrój chorych takich reaguje inaczej, niż osobników uprzednio zdrowych, a w szczególności jest mniej oporny na czynniki zakaźne. D e c h a u m e i in. w pracy swej przytaczają 8 przypadków, gdzie u osobników kiłowych na skutek zwykłego zakażenia zębowego powstało znaczne uszkodzenie kości.

Przypadek obserwowany przeze mnie na 2 oddziale chirurgicznym szpitala Dz. Jezus (ordynator doc. dr Jerzy Rutkowski) również potwierdza to, co było powiedziane wyżej.

Przypadek ten dotyczył chorego P. B. lat 52, który przybył na oddział 26.III. r. b. Chory podaje, że w sierpniu r. z. cierpiał na zapalenie szpiku kostnego żuchwy. Leczył się ambulatoryjnie. Po wydzielaniu się martwaków zgłaszał się na leczenie zębów, zwłaszcza w szczęce górnej lewej. W r. b. 12.III. dokonano na prowincji usunięcia zęba zaplombowanego w szczęce górnej lewej. Po usunięciu zęba wystąpił obrzęk lewego policzka, który następnego dnia jeszcze bardziej powiększył się, ciepłota 37,2^0. Na 3 — 4 dzień ciepłota wzrosła do 39^{0}2, dreszcze i ból miejscowy w okolicy usuniętego zęba. Ogólne osłabienie i zapach cuchnący z ust. Podaje, że przed kilkunastu laty przechodził kiłę, leczył się.

Stan obecny: chory budowy mocnej, odżywianie mierne, blady. W okolicy licowej i policzkowej lewej niewielki obrzęk. Badanie wśródustne wykazuje brak zęba +5, pozostałe zęby po stronie lewej rozchwiane. Na wyrostku zębodołowym

w sąsiedztwie miejsca, po usunięciu zęba oraz na sąsiadującym odcinku podniebienia twardego kość obnażona. Dookoła śluzówka w stanie zgorzelinowego rozpadu. Foetor ex ore.

27.III. Chory wyniszczony, t. do 39^{0}6, w nocy dreszcze, zapach cuchnący z ust. Zakres zgorzeli powiększa się. Usunięto rozchwiany ząb +6 tkwiący w tkance ziarninowej. Ziarninę zmienioną zgorzelinowo wycięto nożyczkami. Przetaczanie krwi 300 cm, grupa „0".

28.III. Stan ogólny ciężki. Inj. eutropylu 10 cm. Pobrano krew na posiew. Płukanie jamy ustnej kali hypermangan.

29.III. Zgorzel przesuwa się stopniowo na podniebieniu i wzdłuż dziąsła ku przodowi. Usunięto ząb +4 oraz masy zgorzelinowe. Inj. intravenos. novarsenobenzoli 0,15.

30.III. St. idem. Operacja (Dr A. Motz): bez znieczulenia otwarto rozlegle dłutem jamę szczękową, usuwając martwaki w stanie rozkładu i masy serowate cuchnące. Nożyczkami odcięto martwe strzępki. Zajodynowano jamę. Płukanie H_2O_2.

I. IV. Temperatura normalna, samopoczucie lepsze. Zakres zgorzeli powiększa się. Płukanie kali hypermanganic. Inj. intramuscul. 5 cmc. % prontosil.

3 — 5.IV. St. idem.

7.IV. Temperatura utrzymuje się w granicach 38^{0}5, tętno 120. Stan chorego ciężki, niemiarowość tętna. Zgorzel postępuje. Codziennie inj. 5 cm. 5% prontosilu i 50 cm. 20% glukozy.

8.IV. Przetaczanie krwi 300 cm. Chory zabieg zniósł dobrze.

10.IV. 38^{0}6, tętno 120, niemiarowość tętna. Obrzęk policzka zwiększa się, znaczne osłabienie, chory mówi szeptem. Stan chorego bardzo ciężki. Inj. 50 cm. 20% glukozy i protonsilu, środki nasercowe.

11.IV. Chory zmarł.

Badania laboratoryjne:

28.III. Krew na posiew — posiew ujemny.

30.III. mocz: c, wł. 1,015, odczyn kwaśny, białko 0,12%
cukier —, urobilinogen ślad,
osad: nabłonki wielob. 1 — 3 w polu widzenia,
nabłonki okrągłe 1 — 4 w p. w.
czerw. ciał. krwi 0 — 1 co kilka p. w.
leukocyty 3 — 5 w p. w.
dość liczne pasemka śluzu.

30.III. 38. krew:

czerw. ciałek	3.380.000	
białych ciałek	10.000	
białych ciałek	10.000	
Hb. 57% index	0.85	
obraz krwi: myeloblastów	1%	17,5%
myelocytów	0.5	
metamyelocytów	2.5%	
pałeczkowat.	5%	
segment.	8.5%	
eozynofil.	0	

bazofil.	0.5%	
monocyt.	3%	
limfoblast.	2.5%	79%
limfocyt. duże	19.5%	
„ małe	57%	

Sekcja zwłok dokonana w 30 godzin po śmierci wykazała co następuje:

Gangraena palati duri et mollis. Pachymeningitis haemorrhagica interna. Haemorrhagiae punctatae subpleurales, sub — epi et endocardiales et cutis. Bronchopneumonia dispersa inferior bilateralis. Pleuritis fibrinosa bilateralis. Tumor lienis acutus. Adhaesiones pleurales apicales bilaterales. Artheriosclerosis centralis et peripherica. Fibrosis leptomeningum. Inanitio.

W rozpatrywaniu powyższego przypadku na pierwszy plan wysuwa się obraz posocznicy widocznej z przebiegu klinicznego i potwierdzony sekcyjnie. Posocznica rozwijała się równolegle do zgorzeli szczęki górnej i była jej następstwem.

Jeżeli będziemy doszukiwali się przyczyny powstania zakażenia miejscowego, to uwzględnić musimy w tym przypadku podłoże kiłowe podane w wywiadach i potwierdzone obrazem białych ciałek krwi charakterystycznym z jednej strony dla przewlekłego stanu zapalnego (limfocytoza), a z drugiej strony świadczącym o podrażnieniu układu krwiotwórczego (myelo i limfoblasty), będącym odczynem na świeży czynnik zakaźny. Również potwierdzeniem sprawy czynnej kiłowej jest wypełnienie jamy Highmora masami serowatymi, jak też przebyta przed rokiem sprawa zapalna z wydzielaniem martwaków w szczęce dolnej. Pozwala to na ustalenie z dużym prawdopodobieństwem następującego obrazu schorzenia:

Kilak zatoki szczękowej spowodował obumarcie kości wyrostka zębodołowego po stronie lewej. Wynikłe stąd dolegliwości zmusiły chorego do usunięcia zęba +5. Przez powstały otwór po usunięciu zęba martwe odcinki kości uległy zakażeniu wtórnemu, stając się pożywką dla drobnoustrojów gnilnych, w wyniku czego nastąpiła zgorzel dalszych części kości szczękowej. Możliwe, że czynnikiem zakaźnym wtórnym była też ziarnina w obrębie zęba +6, a konieczność usunięcia zęba była tylko następstwem już powstałego procesu zgorzelinowego pochodzącego od drobnoustrojów rozwijających się w ziarninie dokoła zęba +6.

Powyższe dwa przypadki spotkane w ciągu tak krótkiego okresu czasu pozwalają sądzić, że w praktyce stomatologicznej z kiłą spotykamy się daleko częściej, niż to jesteśmy skłonni sądzić. Pamiętając o tym, unikniemy wielu przykrych niespodzianek i idących za tym następstw.

PIŚMIENNICTWO.

Dechaume M., Bertrand P. et Cauhépé J. Les accidents osseux d'origine dentaire chez les syphilitiques. Revue de Stomatologie Nr 10. 1935.

H e n k e F. u. L u b a r s c h O. Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie 1929.
K a n t o r o w i c z A. Handwörterbuch der Gesamten Zahnheilkunde 1931.
L e ś n i o w s k i A. Podręcznik chirurgii ogólnej 1926.
L e x e r E. Lehrbuch der Allgemeinen Chirurgie. 1908.
R u t k o w s k i J. Chirurgia 1935.

———o———

Dr med. dent. KAROL SCHATZKER. *Przemyśl.*

Nowe badania z anestezjologii stomatologicznej.

(Referat wygłoszony na VIII. Polskim Zjeździe Stomatologicznym jako sekcji XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie 5—7 lipca 1937 r.).

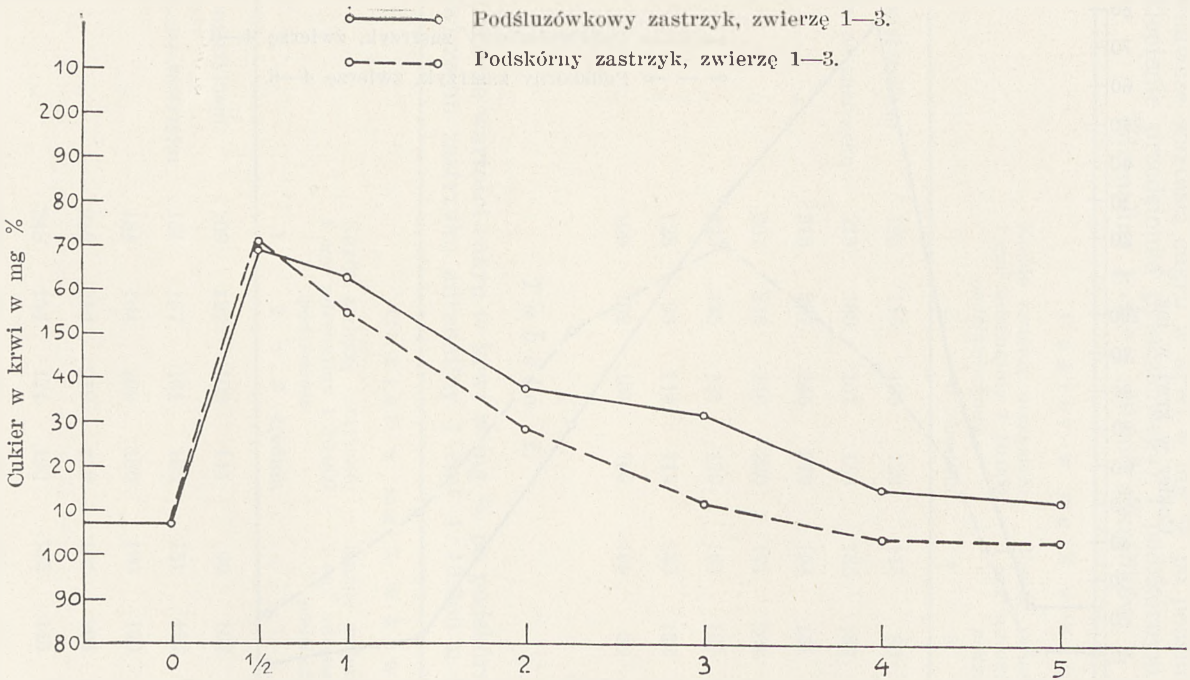
Problem znieczulania miejscowego zyskał w ostatnich latach na znaczeniu dzięki wielu czynnikom. Przede wszystkim technika wstrzykiwań została udoskonalona dla różnorakich wskazań, z drugiej zaś strony szereg środków znieczulających powiększył się o kilka nowych i wartościowych nabytków, podczas gdy uśpienie ogólne z powodu skomplikowanej techniki wykonania oraz niebezpieczeństwa musiało ustąpić mu miejsca. Mimo że doświadczenie 32-letnie z klasyczną namiastką kokainy, nowokainą Einhorna można w praktyce określić jako zupełnie zadowalniające, uważałem za rzecz równie ważną jak interesującą przeprowadzić gruntowne badania porównawcze eksperymentalne i kliniczne nowokainy z pantezyną (S a n d o z), zwłaszcza, że dotychczasowe doświadczenia kliniczne i praktyczne wielu klinik europejskich z tą ostatnią wypadły szczególnie pomyślnie. (O. M ü l l e r, E. H o c k e n j o s, W i l d, B a u e r, de J o n g e - C o h e n). W pracy mojej poruszone zostały następujące zagadnienia: W części eksperymentalnej miejscowe działanie nowokainy (Bayera) i pantezyny (Sandoz) z dodatkiem i bez dodatku adrenaliny oraz jako drugie resorbcja adrenaliny z nowokainą względnie pantezyną lub bez dodatku środków znieczulających po podśluzówkowym i podskórnym zastrzyku, przy czym hyperglykemia adrenalinowa służyła jako ilościowy sprawdzian resorbcji. W części zaś drugiej poruszyłem kliniczne znaczenie działania adrenaliny i jej należytą stabilizację w ampułkach oraz zastosowanie i technikę t. zw. znieczulenia endostalnego.

Kwestia miejscowego działania adrenaliny środków znieczulających oraz ich połączeń, nie była jeszcze dotąd, o ile mi wiadomo, doświadczalnie badaną w stomatologii. Odnośne eksperymenty przeprowadzone zostały na morskich świnkach. Zastosowano dwu i cztero procentowy rozczyn nowokainy oraz ½ i 1% rozczyn pantezyny z dodatkiem i bez dodatku adrenaliny, częściowo samosporządzony lub z oryginalnych preparatów ampułkowych. Dla dokładniejszego wyjaśnienia naszych badań eksperymentalnych, jakoteż i klinicz-

nych, podaję krótką charakterystykę chemiczno-farmakologiczną obu preparatów. Odkryta przez Einhorna w r. 1905 nowokaina jest to chlorowodorek para-aminobenzoylo dwuetyloamino-etanolu zaś pantezyna odkryta przez Karrera jest to ester n-dwuetyloleucynolu kwasu paraaminobędźwinowego. Należy więc do rzędu nowokainy. Oba preparaty łatwo rozpuszczają się w wodzie, nie wywołują zmian w tkankach, ani nie wykazują miejscowego oddziaływania na naczynia krwionośne, dają się zaś łatwo wyjaławiać. Nowokaina jest około 7 razy mniej trująca od kokainy, pantezyna zaś jest 2½ razy więcej trująca od nowokainy, na rogówkę zaś królika oddziaływa jednak równie silnie jak kokaina i jest na preparacie nerwowo-mięśniowym 4 do 4½ razy silniejsza od nowokainy. W przeciwieństwie do nowokainy nadaje się pantezyna zarówno do znieczulenia nasiękowego jako też i powierzchniowego. Dla naszych badań jest szczególnie ważnym, że oryginalne ampułki nowokainy i pantezyny różnią się nie tylko stężeniem, ale także zawartością adrenaliny. Rozczyn nowokainy oryginalnej (Bayera), preparat E zawiera w jednym cm³ 0.00005 gr.=1 gtt adrenaliny 1 : 1000, zaś pantezyna (Sandoz) tylko 0.000025 gr.=½ gtt adrenaliny 1 : 1000.

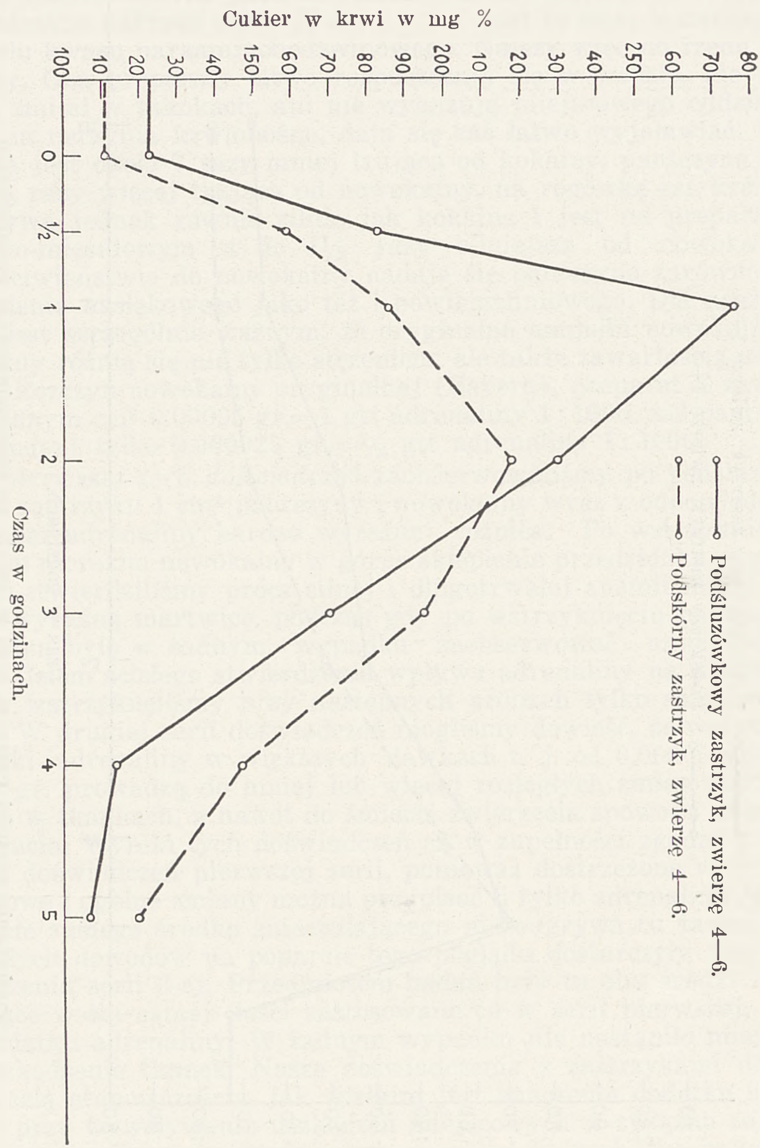
W pierwszej serii doświadczeń zaobserwowaliśmy po podśluzówkowym zastrzyku 1 cm³ pantezyny i nowokainy wraz z odpowiednim dodatkiem adrenaliny bardzo wyraźne różnice. Po wstrzyknięciu świnkom morskim nowokainy w górne sklepienie przedsionka pyszczkowego stwierdziliśmy prócz silnej i długotrwałej anemii mniej lub więcej wyraźną martwicę, podczas gdy po wstrzyknięciu pantezyny nie można było w żadnym wypadku zaobserwować miejscowych zmian. Celem ścisłego stwierdzenia wpływu adrenaliny na powyższe zmiany wstrzyknęliśmy przy następnych próbach tylko samą adrenalinę. W drugiej serii doświadczeń mogliśmy dowieść, że wszystkie zastrzyki adrenaliny w większych dawkach t. j. od 0,00005 gr. do 0,0005 gr. prowadzą do mniej lub więcej rozległych zmian martwicowych w tkankach, a nawet do śmierci zwierzęcia spowodu niemożności żucia. Wyniki tych doświadczeń są w zupełności zgodne z wynikami doświadczeń pierwszej serii, ponieważ dostrzeżone w tychże miejscowe i ogólne zmiany można przypisać li tylko adrenalinie, gdyż działanie samego środka znieczulającego nie odgrywa tu żadnej roli. Ścisłych dowodów na poparcie tego poglądu dostarczyły nam doświadczenia serii 3-ej. Przedmiotem badań były tu oba środki znieczulające w tej samej ilości zastosowane co w serii pierwszej, lecz bez dodatku adrenaliny. W żadnym wypadku nie nastąpiło miejscowe uszkodzenie tkanek. Nasze doświadczenia z zastrzykami dowodzą z całą stanowczością, jak wielkim jest znaczenie dodatku adrenaliny przy wywoływaniu uszkodzeń miejscowych w związku ze stosowaniem środków znieczulających, w skład których ona wchodzi. Podczas, gdy same środki znieczulające są w zupełności nieszkodliwe w stosunku do rozmiarów anatomicznych i nie powodują żadnych miejscowych zaburzeń, wstrzyknięte nawet w dużej ilości i silnym stężeniu, to sama adrenalina wstrzyknięta pod śluzówkę pyszcz-

Ryc. 1.



Porównanie wartości cukru w krwi w mg % po podśluzówkowym (w sklepienie przedsionka pyszczkowego) i podskórnym zastrzyku adrenaliny 1 cm³ 1 : 10.000 u królików.

Ryc. 2.



Porównawcze wartości cukru w krwi w mg % po podskórnym i podśluzówkowym zastrzyku adrenaliny 1 cm³ 1 : 10.000 u królików.

Tabela 1.

Porównawcze wartości cukru w krwi w mg % po podśluzówkowym (w sklepienie przedsionka pyszczkowego) i podskórnym zastrzyku adrenaliny 1 cm³ 1 : 10.000 u królików.

	Cukier w mg % w krwi							
	Każde zwierzę otrzymało 1 cm³ adrenaliny 1 :10.000 *podśluzówkowo*				Każde zwierzę otrzymało 1 cm³ adrenaliny 1 :10.000 *podskórnie*			
	1	2	3	średnia	4	5	6	średnia
Przed zastrzykiem	128	115	125	123	115	86	123	108
½ godz. po zastrzyku	213	180	157	183	135	189	142	138
1 " "	315	267	245	276	154	151	193	166
2 " "	261	213	216	230	171	203	171	182
3 " "	225	135	151	170	161	135	209	168
4 " "	128	96	119	114	135	122	161	139
5 " "	109	102	109	107	109	96	135	113

Tabela 2.

Porównawcze wartości cukru w krwi w mg % po podskórnym i podśluzówkowym zastrzyku adrenaliny 1 cm³ 1 : 10.000 u królików.

	Cukier w mg % w krwi							
	Każde zwierzę otrzymało 1 cm³ adrenaliny 1 :10.000 *podskórnie*				Każde zwierzę otrzymało 1 cm³ adrenaliny 1 :10.000 *podśluzówkowo*			
	1	2	3	średnia	4	5	6	średnia
Przed zastrzykiem	109	122	102	111	99	102	128	110
½ godz. po zastrzyku	151	167	161	159	131	157	128	138
1 " "	184	164	209	186	190	180	187	186
2 " "	219	216	219	218	164	206	196	189
3 " "	248	154	174	195	145	145	135	141
4 " "	193	105	142	147	122	115	128	121
5 " "	145	96	119	120	112	99	125	112

ka w ilości 0,00005 gr. w ½—1 cm^3 soli fizjologicznej wywołała tak silne miejscowe zaburzenia w krążeniu, że na jej skutek występowała regularnie rozległa martwica z wtórnym zakażeniem. Te doświadczenia skłaniają stanowczo do jak najdalej idącego ograniczenia zawartości adrenaliny w zastosowaniu praktyczno-leczniczym.

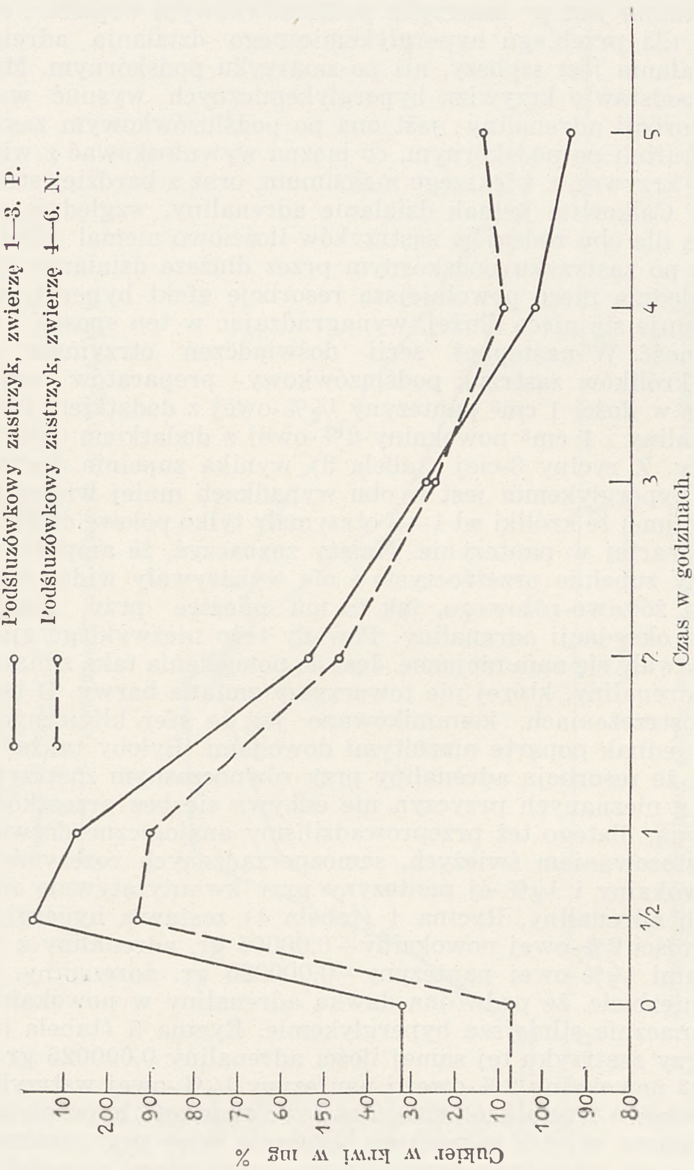
Jakkolwiek dowiedzionym jest wpływ dodatku adrenaliny dla intenzywności i czasu trwania miejscowego znieczulenia i pomimo ożywionych sporów na temat związku objawów ubocznych przy używaniu środków znieczulających z dodatkiem adrenaliny nie poddano dotychczas, o ile nam wiadomo, badaniom stopnia i rozmiarów resorbcji adrenaliny po zastrzyku podśluzówkowym. Zadaniem niżej przytoczonych badań było wypełnienie tej poważnej luki. Do tych doświadczeń użyliśmy królików, zaś jako najlepszy sprawdzian ilościowy służyła nam hyperglykemia adrenalinowa. Dla uzyskania przynajmniej ilościowej skali porównawczej dla sesorbcji adrenaliny po podśluzówkowym zastrzyku zestawiono ilość cukru we krwi u królików po podskórnym i po podśluzówkowym zastrzyku adrenaliny w wielu seryjnie przeprowadzonych doświadczeniach. Metodyka tych badań była następująca: a). Oznaczenie normalnego cukru we krwi, b). Wstrzyknięcie roztworu poddanego badaniom. c). Oznaczenie cukru we krwi w odstępach ½, 1, 2, 3, 4 i 5-ciu godzin po zastrzyku. Dla oznaczenia cukru we krwi użyliśmy metody S h a f f e r'a i H a r t m a n n'a *) zmodyfikowanej dla badań drobinowych przez R o t h l i n a. W ten sposób poddaliśmy badaniom działanie 3-ch rozmaitych rozczynów, a mianowicie samej adrenaliny, pantezyny względnie nowokainy z dodatkiem adrenaliny w postaci oryginalnych preparatów fabrycznych oraz w postaci rozczynów samosporządzonych. Osiągnięte wyniki badań zostały zestawione w krzywiznach oraz tabelach. Badania porównawcze zachowania się cukru we krwi po zastrzyku podśluzówkowym i podskórnym zostały przeprowadzone na 6-ciu królikach, przy czym do każdego rodzaju zastrzyku użyto po trzy zwierzęta. Podśluzówkowy zastrzyk wymagał skrępowania królika, ponieważ zaś to samo już może wywołać z powodu podniecenia stan hyperglykemiczny, postępowano z wszystkimi zwierzętami jednakowo. Badania zostały przeprowadzone dwukrotnie i to w ten sposób, że 3 króliki, które za pierwszym razem otrzymały zastrzyk podśluzówkowy, przy drugim doświadczeniu otrzymały tę samą ilość adrenaliny podskórnie i odwrotnie. W obu seriach doświadczeń posługiwano się tymi samymi zwierzętami o tej samej numeracji **). Dla omówienia wyników porównywaliśmy średnie wartości zwierząt Nr 1, 2, 3, względnie 4, 5, 6 t. zn. wartości dla podskórnych i podśluzówkowych zastrzyków tej samej ilości adrenaliny, gdyż w ten sposób najlepiej unikniemy błędów uwarun-

---

*) J. of biol. chemistry 45, 1921, 349.

**) V. 1. Wyniki są uwidocznione na tabelach 1 i 2 oraz na krzywych (ryc. 1—2).

Ryc. 3.

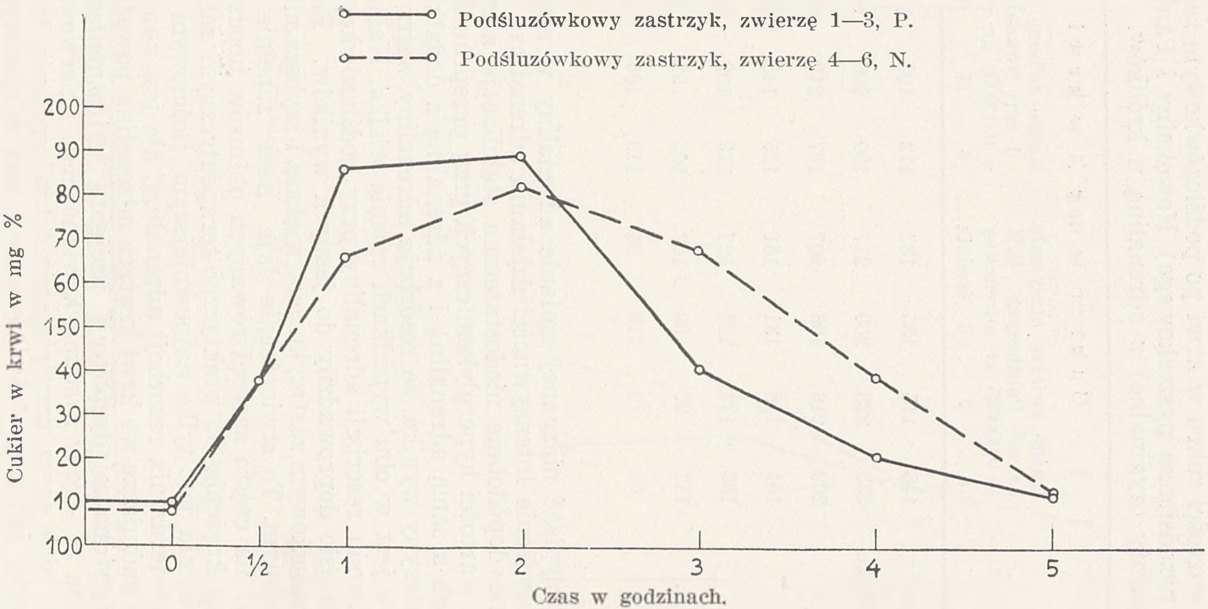


Porównawcze wartości cukru w krwi w mg % po podśluzówkowym zastrzyku 1 cm³ nowokainy 2% i 1 cm³ pantezyny ½%-owej (preparaty oryginalne) + adrenalina u królików.

kowanych indywidualną reakcją *). Stwierdziliśmy, że działanie adrenaliny ustalane stopniem hyperglykemii jest po podśluzówkowym zastrzyku szybsze, aniżeli po zastrzyku podskórnym. Maksimum działania jest po zastrzyku podśluzówkowym większe i co jest typowym dla przebiegu hyperglykemicznego działania adrenaliny, zanik działania jest szybszy, niż po zastrzyku podskórnym. Możemy więc na podstawie krzywizn hyperglykemicznych wysnuć wnioski, co do resorbcji adrenaliny; jest ona po podśluzówkowym zastrzyku szybsza, aniżeli po podskórnym, co można wywnioskować z większej stromości krzywej, z większego maksimum, oraz z bardziej stromego opadania. Całkowite jednak działanie adrenaliny, względnie jej resorbcja są dla obu rodzajów zastrzyków ilościowo niemal jednakowe, ponieważ po zastrzyku podskórnym przez dłuższe działanie adrenaliny, względnie nieco powolniejszą resorbcję efekt hyperglykemiczny utrzymuje się nieco dłużej, wynagradzając w ten sposób większą intensywność. W następnej serii doświadczeń otrzymała grupa z trzech królików zastrzyk podśluzówkowy preparatów oryginalnych, a to w ilości 1 cm^3 pantezyny ½%-owej z dodatkiem 0,000025 gr. adrenaliny i 1 cm^3 nowokainy 2%-owej z dodatkiem 0,00005 gr. adrenaliny. Z ryciny 3-ciej (tabela 3) wynika zupełnie niedwuznacznie, że hyperglykemia jest w obu wypadkach mniej więcej jednakowa, pomimo, że króliki od 1—3 otrzymały tylko połowę dawki adrenaliny zawartej w pantezynie. Należy zaznaczyć, że ampułki nowokainy były zupełnie przeźroczyste i nie wykazywały widocznego zabarwienia żółtawo-różowego, jak to ma miejsce przy rozkładzie, względnie oksydacji adrenaliny. Powody tego niezwykłego zjawiska więc wydawały się nam niejasne. Jest do pomyślenia taka zmiana chemiczna adrenaliny, której nie towarzyszy zmiana barwy. O tego rodzaju spostrzeżeniach komunikowano już ze sfer klinicznych, nie były one jednak poparte niezbitymi dowodami. Byłoby także do pomyślenia, że resorbcja adrenaliny przy równoczesnym zastrzyku nowokainy z nieznanych przyczyn nie odbywa się bez przeszkód, jak z pantezyną, dlatego też przeprowadziliśmy analogiczne doświadczenia z zastosowaniem świeżych, samosporządzonych rozczynów 2%-owej nowokainy i ½%-ej pantezyny przy kwantytatywnie różnych dodatkach adrenaliny. Rycina 4 (tabela 4) zestawia hyperglykemiczne wartości 2%-owej nowokainy+0,00005 gr. adrenaliny z tymiże wartościami ½%-owej pantezyny+0,000025 gr. adrenaliny. Wynika stąd niezbicie, że podwójna dawka adrenaliny w nowokainie powoduje znacznie silniejszą hyperglykemię. Rycina 5 (tabela 5) wykazuje przy zastrzyku tej samej ilości adrenaliny 0,000025 gr. w jednym cm^3 nowokainy 2%-owej i pantezyny ½%-owej wstrzykniętej podśluzówkowo trzem króliwom, ilościowo zgodność hyperglykemicznego działania w obu wypadkach. Słusznie więc przypuszczaliśmy, że podniesiony przeciwko oryginalnemu preparatowi nowokainy za-

*) V. 2. Na rycinie 1 podane są graficznie średnie wartości dla obu rodzajów zastrzyków, królików od 1—3, zaś na rycinie 2, królików 4—6.

Ryc. 4.



Porównawcze wartości cukru w krwi w mg % po podśluzówkowym zastrzyku pantezyny i nowokainy + adrenalina u królików. Świeżo sporządzone rozczyny ½ % pantezyny i 2 % nowokainy w izotonicznym roztworze NaCl. Do nowokainy dodano tuż przed zastrzykiem 0,00005 gr., a do pantezyny 0,000025 gr. adrenaliny.

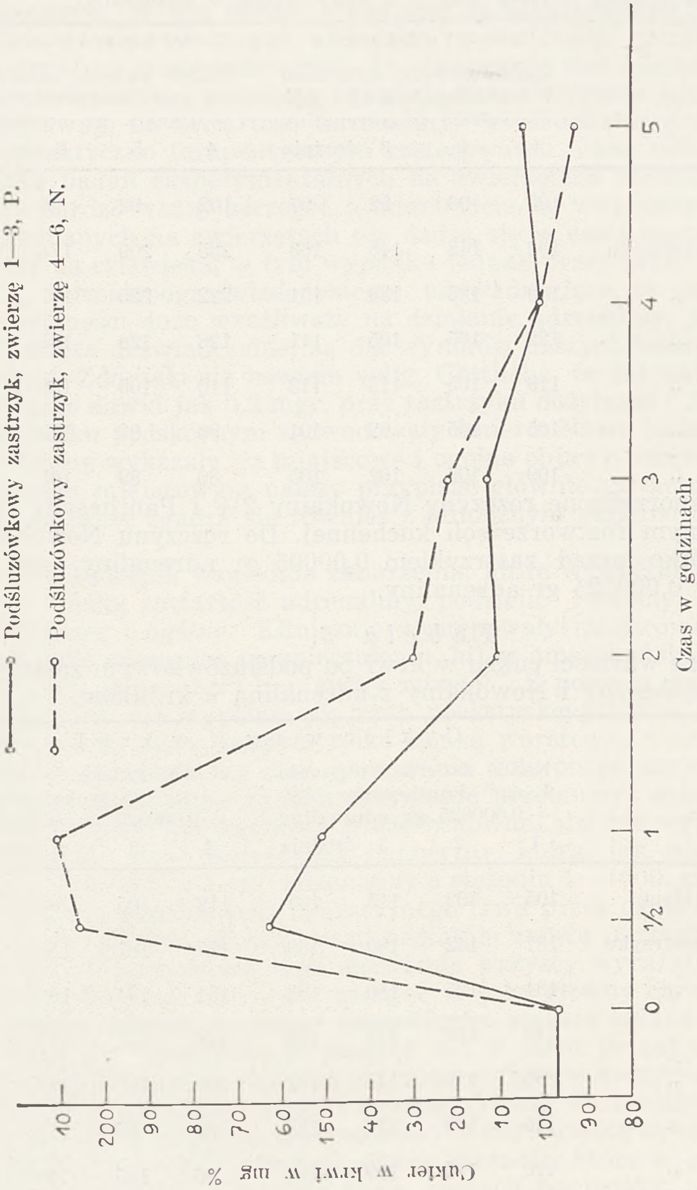
Tabela 3.

Porównawcze wartości cukru w krwi po podśluzówkowym zastrzyku (w sklepienie przedsionka pyszczkowego) Nowokainy i Panthesyny (preparaty oryginalne) z adrenaliną u królików.

	Cukier w mg % w krwi							
	Każde zwierzę otrzymało 1 cm³ Panthesyny ½ % + 0,000025 gr adrenaliny				Każde zwierzę otrzymało 1 cm³ Nowokainy 2% + 0,00005 gr adrenaliny			
	1	2	3	średnia	4	5	6	średnia
Przed zastrzykiem	148	115	135	132	112	102	109	107
½ godz. po zastrzyku	225	228	200	217	190	200	190	193
1 „ „	209	216	106	207	167	213	190	190
2 „ „	184	148	131	151	125	148	171	147
3 „ „	135	122	125	127	119	109	148	125
4 „ „	112	96	99	102	105	92	131	109
5 „ „	89	76	119	94	112	105	125	114

rzut, należy przypisać nieznanej zmianie adrenaliny w ampułkach powodującej obniżenie intensywności działania adrenaliny. W grę wchodzi tu prawdopodobnie niedostateczna stabilizacja adrenaliny. Z porównania wartości hyperglykemicznych przy przeprowadzonych doświadczeniach z samą adrenaliną i z adrenaliną z dodatkiem nowokainy i pantezyny wynika, że resorbcja adrenaliny wstrzykniętej podśluzówkowo jest w obu wypadkach równie wielka. Nasze próby ilościowego dowodu resorbcji adrenaliny przy podśluzówkowym zastrzyku pod dziąsło doprowadziły do jasnych wyników. Resorbcja więc po podśluzówkowym zastrzyku jest większa i szybsza niż po zastrzyku podskórnym. To stwierdzenie daje nam zupełnie pewny punkt oparcia, dla często zaobserwowanych objawów ubocznych ze strony systemu krążenia po praktyczno-terapeutycznym zastosowaniu. Hyperglykemia jest tylko najpewniejszym ilościowym sprawdzianem dla stwierdzenia resorbcji adrenaliny, ale jest zupełnie jasnym, że ta w nadmiarze we krwi krążąca adrenalina powoduje stosownie do indywidualnej dyspozycji pacjenta najrozmaitsze zaburzenia zwłaszcza ze strony systemu krwionośnego i nerwowo-wegetatywnego jak: bicie serca, przyśpieszenie tętna, omdlenia, lub nawet zapaść. Podobnie, jak przy doświadczeniach nad miejscowym działaniem adrenaliny, tak też i w wyniku naszych doświadczeń nad resorbcją podśluzówkowo zastrzykniętej adrenaliny i ogólnego oddzia-

Ryc. 5.



Porównawcze wartości cukru we krwi w mg % po podśluzówkowym zastrzyku 1 cm³ pantezyny i 1 cm³ nowokainy + adrenalina u królików. Świeżo sporządzone roztwory ½% pantezyny i 2% nowokainy w izotonicznym roztworze Na Cl. Do pantezyny i nowokainy dodano tuż przed zastrzykiem 0,000025 gr. adrenaliny.

Tabela 4.

Porównawcze wartości cukru w krwi po podśluzówkowym zastrzyku Panthesyny i Nowokainy z adrenaliną u królików.

	Cukier w mg % w krwi							
	Każde zwierzę otrzymało 1 cm³ Panthesyny ½% + 0,000025 gr adrenaliny				Każde zwierzę otrzymało 1 cm³ Nowakainy 2% + 0,00005 gr adrenaliny			
	1	2	3	średnia	4	5	6	średnia
Przed zastrzykiem	105	96	92	97	102	92	96	97
½ godz. po zastrzyku	193	148	148	163	235	209	174	206
1 „ „	180	135	138	151	222	225	187	211
2 „ „	122	105	105	111	128	128	135	130
3 „ „	119	105	115	113	110	109	138	122
4 „ „	105	105	92	101	96	92	115	101
5 „ „	109	105	102	105	86	89	105	93

Świeżo sporządzone rozczyny Nowokainy 2% i Panthesyny ½% w izotonicznym roztworze soli kuchennej. Do rozczynu Nowokainy dodano krótko przed zastrzykiem 0,00005 gr adrenaliny, zaś do Panthesyny 0,000025 gr adrenaliny.

Tabela 5.

Porównawcze wartości cukru w krwi po podśluzówkowym zastrzyku Panthesyny i Nowokainy z adrenaliną u królików.

	Cukier w mg % w krwi							
	Każde zwierzę otrzymało 1 cm³ Panthesyny ½% + 0,000025 gr adrenaliny				Każde zwierzę otrzymało 1 cm³ Nowokainy 2% + 0,000025 gr adrenaliny			
	1	2	3	średnia	4	5	6	średnia
Przed zastrzykiem	105	102	115	107	112	105	105	107
½ godz. po zastrzyku	187	142	180	169	177	187	151	171
1 „ „	184	125	180	163	151	164	151	155
2 „ „	148	119	148	138	128	131	128	129
3 „ „	135	119	142	132	109	105	122	112
4 „ „	125	109	112	115	96	99	119	104
5 „ „	122	105	109	112	96	105	109	103

Świeżo sporządzone rozczyny Panthesyny ½% i Nowokainy 2% w izotonicznym roztworze NaCl. Do Panthesyny i Nowokainy dodano krótko przed zastrzykiem 0,000025 gr adrenaliny.

ływania na organizm, musimy dojść do bardzo ważnego wniosku praktyczno-terapeutycznego, że *należy ograniczyć do minimum ilość adrenaliny w środkach znieczulających przy zastosowaniu stomatologicznym. W ten sposób stworzono eksperymentalną podstawę dla stwierdzenia ubocznych objawów wywołanych przez adrenalinę w praktyce stomatologicznej.* Te obserwacje nad miejscowym uszkodzeniem tkanki i resorbcją nakazują nam zwrócenie jak najbaczniejszej uwagi na zawartość adrenaliny w środkach znieczulających w praktyczno terapeutycznym zastosowaniu. Jako uzupełnienie naszych badań eksperymentalnych na zwierzętach zaznaczyć nam należy bardzo ważny szczegół, a mianowicie, że wnioski z doświadczeń wykonanych na zwierzętach nie dadzą się w całej rozciągłości przenieść na człowieka, w tym wypadku jednak prace prof. Gottlieb a farmakologa wiedeńskiego, udowadniające, że człowiek jest w ogólności dużo wrażliwszy na działanie adrenaliny, jak wszystkie zwierzęta doświadczalne, są dla wyników naszych badań szczególnie ważne. Zdarzało się bowiem wdłg. Gottlieba, że już najbardziej minimalne dawki jak 0,2 mgr. przy zastrzyku dożylnym i 2½ mgr. przy zastrzyku podskórnym spowodowały śmierć. Nasze badania eksperymentalne wykazały, że miejscowe i ogólne objawy uboczne przy znieczuleniu miejscowym należy przypisać głównie zawartości adrenaliny, co także zgadza się również z klinicznym punktem widzenia.

Uszkodzenia względnie zaburzenia, które wywołane zostały przez zbyt wielką zawartość adrenaliny, podzielić możemy klinicznie na *miejscowe* i *ogólne*. Klinicznie występowały miejscowe zaburzenia jako bóle następcze po znieczuleniu, które amerykańska szkoła określa jako *„drysocket“* t. j. suchy zębodół. Z powodu dużego dodatku adrenaliny nie wypełnia się rana poekstrakcyjna krwią, ściany zaś zębodołu są szare, pokryte tylko cienką warstewką mazistego nalotu tak, że zakażenie ma czas opanowania pola pooperacyjnego. Spowodowane przez adrenalinę wstrzymanie przemiany materii w tkankach powinno być krótkie i powierzchowne, aby nie wywołać kwasoty tkanek. Przy zastrzykach pantezyny, która, jak wiemy, posiada tylko ½ kropli w 1 cm^3 adrenaliny o stężeniu 1—1000, zauważyliśmy, że anemia zupełna pola operacyjnego trwa przez około 30 — 40 minut, aby po tym okresie czasu nastąpiło znowu normalne ukrwienie tkanki. O korzyściach tego ukrwienia wszyscy wyrażają się zgodnie we współczesnej chirurgii, uznając je jako główny czynnik przeciwzakaźny. Wiemy, że dzięki krwawieniu, zostają spłukane lub ewentualnie niedopuszczone do naszych ran w jamie ustnej osiadłe zarazki, a także i okolice ciała zaopatrzone obficie w naczynia krwionośne posiadają pomyślne warunki gojenia. Owiele ważniejszym jednak od miejscowych zaburzeń spowodowanych zbyt wielką zawartością adrenaliny, są powstałe przytem ogólne sensacje, które w pewnych okolicznościach mogą zagrozić życiu naszych pacjentów. Po pierwsze wiemy, że przykre objawy uboczne jak omdlenia, słabość, drgawki lub nawet prawdziwa zapaść mogą być wywołane przez adrenalinę

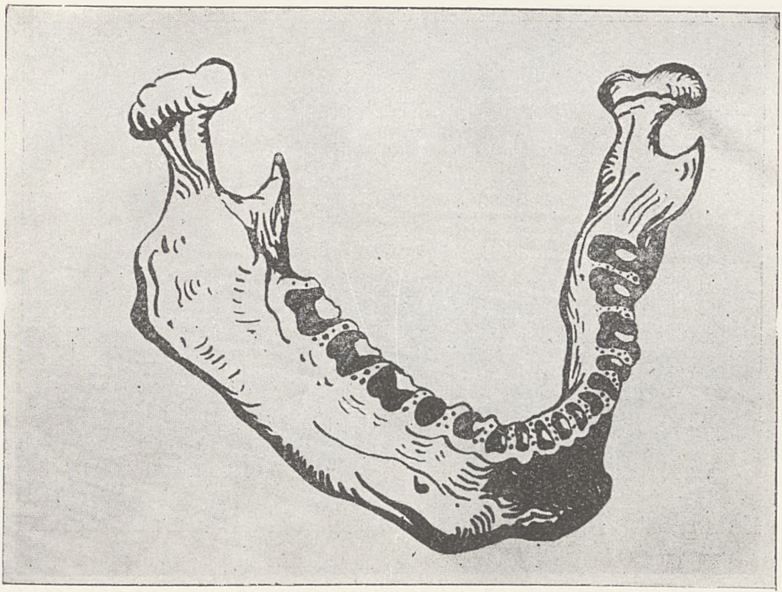
także u pacjentów, którzy nie posiadają żadnych schorzeń organicznych. Poza tym odwiedzają lekarza dentystę pacjenci dotknięci przeważnie zwiększoną psychiczną i wegetatywną skłonnością, jak strachem, zwiększonym ciśnieniem i przyśpieszonym tętnem. Im większych więc dawek adrenaliny używać będziemy do znieczulenia, tym częściej występować będą u psychicznie podnieconych pacjentów o wrażliwym systemie współczulnym niniejsze objawy. Wysunięta ostatnio przez doc. S c h u b e r t a w Kolonii koncepcja o toksyczności i działaniu adrenaliny specjalnie na system krwionośny, oparta jest na fałszywych przesłankach fizjologicznych. Według tego autora małe ilości adrenaliny są mniej trujące niż większe. Twierdzenie to wykluczamy na podstawie naszych eksperymentalnych danych, jakoteż rozległego doświadczenia klinicznego, które wykazały, że po np. pantezynie nie następują żadne, zaś po nowokainie względnie częste zaburzenia systemu krwionośnego lub zapaść. Jeszcze niebezpieczniejszym jest działanie adrenaliny u pacjentów cierpiących na schorzenia organiczne. U takich zbyt wielkie dawki adrenaliny mogą zagrażać ich życiu. U chorych sercowo, diabetyków, u ciężarnych kobiet, przy Bazedowie, arteriosklerozie i t. d. może zastrzyk znieczulający ze zbyt wielką zawartością adrenaliny doprowadzić do poważnych komplikacyj, a nawet do zejścia śmiertelnego. Jeśli sobie uprzytomnimy na podstawie naszych rozważań eksperymentalnych i klinicznych, jak szkodliwym a nawet i niebezpiecznym może się stać zbyt wielki dodatek adrenaliny, winniśmy uznać za nasz obowiązek używania środka znieczulającego, który przy najmniejszym dodatku adrenaliny powoduje zupełne znieczulenie.

O klinicznych wartościach samej pantezyny (Sandoz), mówić nie będę, bo preparat ten, jako niezarejestrowany w Polsce, nie zainteresuje słuchaczy. Pozwolę jednak sobie zaznaczyć, że czas trwania znieczulenia wynosi przy zastosowaniu tego środka trzy do pięciu godzin, która to zaleta wysuwa preparat ten na czoło środków znieczulających, zwłaszcza w zastosowaniu do dużych zabiegów chirurgiczno-stomatologicznych *).

Prócz odpowiedniego dodatku adrenaliny do środków znieczulających w ampułkach interesowała nas jeszcze kwestia t. zw. utrwalaczy (stabilizatorów), to jest środków, które zapobiegają rozkładowi chemicznemu adrenaliny. Do naszych doświadczeń używaliśmy do tego celu soli sodowej kwasu acetono-siarkowego w ampułkach pantezyny. Dodatek ten zapewnił nam zupełną trwałość płynu znieczulającego, chroniąc go przed rozkładem. Jeszcze w r. 1923 postawił sobie francuski chemik M a r c B r i d e l (Journal de pharmacie et de chimie tome 27, p. 166. 1923) za zadanie sporządzenie trwałych bezbarwnych rozczynów rozmaitych alkaloidów. Użył on nowokainy z oddatkiem preparatów z nadnercza, zaznaczając, że przez utlenia-

*) Kliniczne badania autora nad pantezyną zostały ogłoszone drukiem w „Schweizerische Monatsschrift f. Zahnheilkunde“. (Heft 6. 1935. Zurych. Patrz piśmiennictwo).

nie (oksydację) wyzwolonych substancji mogą powstać silne trucizny i że chirurdzy, którzy stosują preparaty znieczulające „désiraient tous avoir les solutions incolores". Dzięki porównawczym doświadczeniom doszedł do wniosku, że dodatek wyżej wspomnianego przez nas środka w ilości 1—3%, zapobiega oksydacji w ten sposób, że część soli, łącząc się z tlenem otoczenia i rozczynu, przeobraża się w siarczan. Dowiódł również, że tego rodzaju rozczyny potrafią znieść wyjałowienie w 110°, nie zmieniając przy tym swych własności fizjologicznych. Rozczyny zachowują w zupełności swoją moc znieczulającą i pozostają nieograniczenie trwałe, nie zmieniając koloru. O. M ü l l e r pisze: trwałość rozczynu pantezyny (Sandoz)



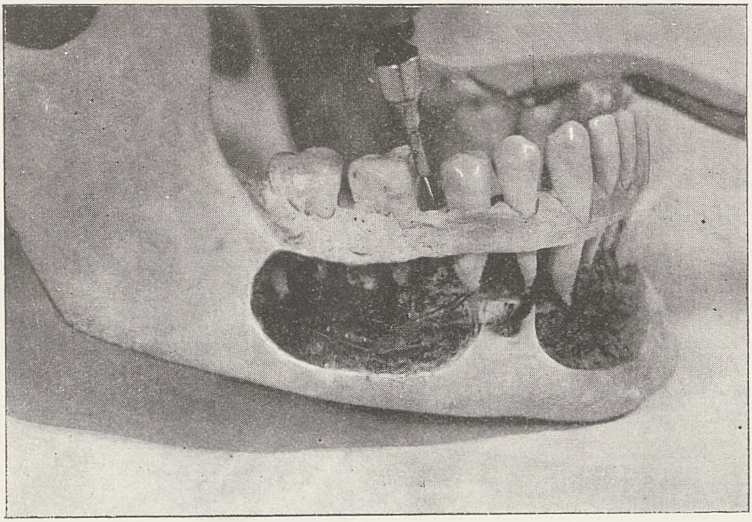
Ryc. 6.

jest w praktyce nie ograniczoną jak tego dowodzi następujące doświadczenie: kilka nadesłanych z fabryki ampułek przechowywano przez kilka miesięcy przed oknem, wystawione na działanie zmian atmosferycznych, przy czym na gzymsie okiennym mierzono temperaturę do 42° w słońcu. Po upływie tego czasu rozczyny te ani się nie przebarwiły, ani nie uległy rozkładowi, co wykazała dokładna analiza chemiczna.

Po zamknięciu naszych badań nad stabilizatorami adrenaliny, użyliśmy jeszcze do tego celu glykokolu (kwasu amino-octowego) zaproponowanego przez A b d e r h a l d e n a (Med. Klin. 1936 Nr 16), który okazał się w stężeniu jednoprocentowym doskonałym do

celów anestezjologii stomatologicznej. Także zaobserwowana przez nas możność gotowania przez 5 minut rozczynów znieczulających z nad wyraz czułą adrenaliną przy dodatku jednej kropli jedno procentowego glykokolu na 1 cm^3, stanowić będzie niewątpliwie dalszy postęp w tej dziedzinie i będzie tematem osobnej pracy, która wkrótce ukaże się drukiem.

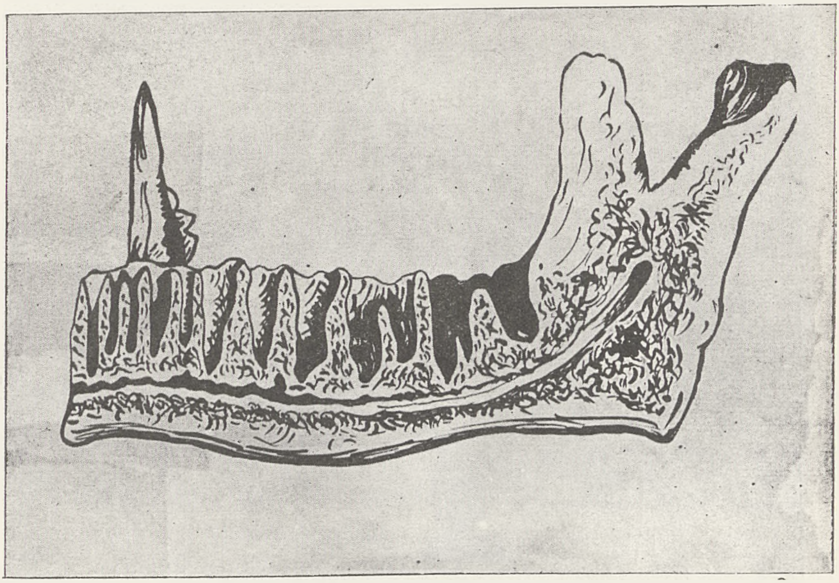
Co się tyczy samej techniki wstrzykiwań chciałbym jeszcze omówić zastosowanie metody endostalnej przez lekarzy dentystów mało znanej i stosowanej. Jak wiemy przy wykonaniu tejże metody wstrzykuje się środek znieczulający przez pory kostne w przegrodzie zębodołowej (ryc. 6) w tkankę gąbczastą, aby w ten bezpośredni sposób



Ryc. 7.

rozczyn przeniknął przestrzeń szpikową ze znajdującymi się w niej nerwami.To daje się najlepiej wykonać w okolicy dystalnej brodawki międzydziąsłowej (ryc. 7). Schmuziger zamienił w swojej pracy habilitacyjnej dwa pojęcia — zastrzyku endostalnego z tak zwanym międzyzębodołowym (periodontalnym), pisząc: „przy zastosowaniu metody endostalnej igła zostaje wkłuta albo do pory kostnej przegrody zębodołowej, albo też do przestrzeni między korzeniem a zębodołem" (loc. cit). Opis techniki tej wartościowej metody jest mylny i wnosi niejasność do tej kwestii. Zdarza się oczywiście, że przy wkłuciu igły do przegrody kostnej rozczyn znieczulający przesącza się do tkanki gąbczastej, a także ewentualnie w części i do przestrzeni okołozębowej. Miejsce jednak wkłucia igły musi być ściśle ograniczone do przegrody zębodołowej. Jeśli wstrzykujemy pod ciśnieniem przez pory przegrody zębodołowej środek znieczulający do

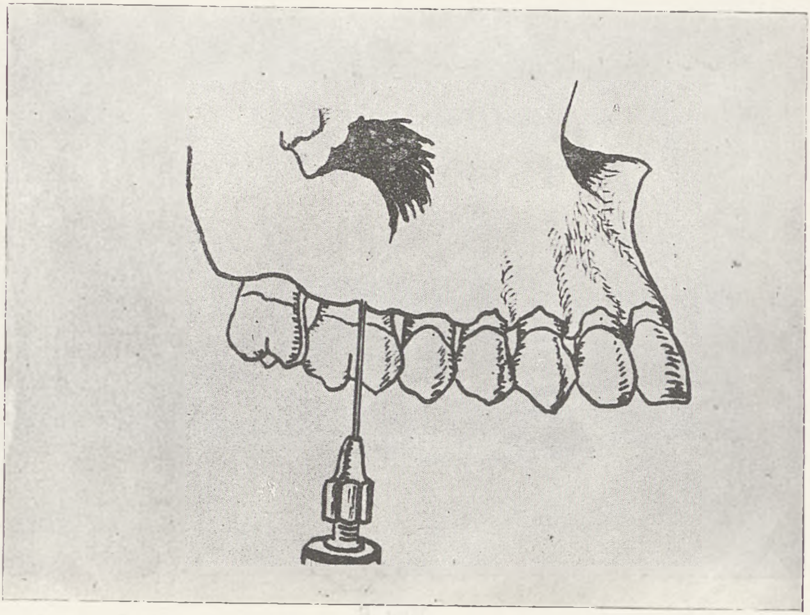
tkanki gąbczastej (ryc. 8), to ponieważ natrafia on na opór językowych względnie podniebiennych, aproksymalnych i bukalnych ścian zębodołu, a w szczęce dolnej zwłaszcza na opór lamina externa i interna, przenika z tego powodu wgłąb. Tak dochodzi płyn znieczulający do kanału żuchwowego i znieczula nerw żuchwowy i jego odgałęzienia, ciągnące do otworów szczytowych poszczególnych zębów i do ich ozębnej. Przeniknięcie płynu do kanału żuchwowego ułatwia porowatość sklepienia tego kanału, ponieważ przepuszcza on wiele naczyń krwionośnych oraz włókien nerwowych do miazgi, ozębnej i samej kości. Wprowadzenie środka znieczulającego musi nastąpić, jak już uprzednio wspomnieliśmy, pod ciśnieniem. U osobników młod-



Ryc. 8.

szych należy stosować niższe ciśnienie jak u osób starszych, u których pory przegrody zębodołowej nie są już tak szerokie i przepuszczalne: także otwory pomiędzy poszczególnymi komórkami kostnymi oraz tkanki gąbczastej są mniejsze i nie tak liczne. Przy zwartym łuku zębowym udaje się znieczulenie endostalne łatwiej, aniżeli tam, gdzie mamy brak dystalnego sąsiada z powodu uprzedniej ekstrakcji. Z przyczyny bowiem zbliznowacenia i zsunięcia się zębów stają się otwory na przegrodzie zębodołowej rzadsze i węższe, a znieczulenie udaje się tylko wówczas, kiedy igłę wkłuwamy ze znaczną siłą dystalnie obok zęba przeznaczonego do znieczulenia, co wymaga już naczej wprawy i ćwiczenia. Metoda endostalna jest technicznie łatwiejsza do zastosowania, jak znieczulenie przewodowe i umożliwia

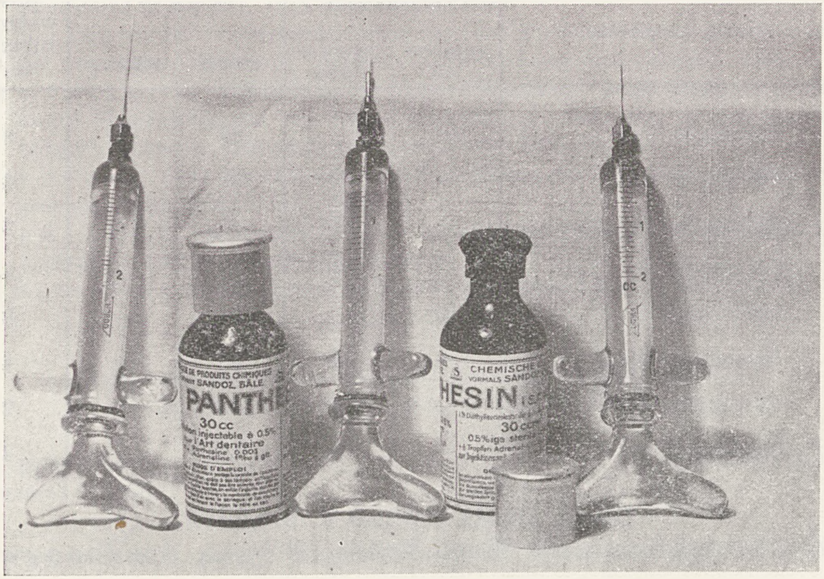
nam w szeregu wypadków zastąpienia nią metody znoszącej przewodnictwo nerwu. Technika zastrzyku międzyzębodołowego według Chompreta (ryc. 9), którą naszym zdaniem można skutecznie stosować li tylko przy rozszerzonej przestrzeni ozębnej (t. j. przy zębach mocno-wychwianych) jest nad wyraz prosta i przejrzysta. Igła zostaje wkłuta przy tejże technice znieczulania między ząb a zębodół, a więc w ozębną. Należałoby więc tę metodę znieczulania nazwać znieczuleniem periodontalnym (Schatzker). To rozdzielenie i dokładne opisanie tych dwóch metod znieczulających zaznaczyłem w pracy tej dlatego, ponieważ metoda endostalna daje doskonałe wyniki, co potwierdzają doświadczenia uniwersyteckich klinik



Ryc. 9.

w Bazylei (E. Hockenjos) i w Hamburgu (G. Fischer), prócz tego liczne prace autorów jak: Kürer (Wiedeń), Vianden, Polet, Rose i wielu innych. Na oddziale chirurgiczno-stomatologicznym instytutu dentystycznego uniwersytetu w Bazylei używa się tej metody od dwunastu lat i do dnia dzisiejszego nie stwierdzono nigdy po zastrzyku endostalnym żadnych objawów ubocznych ani zakażenia. Także Pollak z kliniki w Taszkencie donosi w piśmiennictwie rosyjskim (Sowiet. Stomat. 1936 Nr 1) o doskonałych wynikach metodą endostalną w 18.000 przypadków! wykonanych w ostatnich czterech latach. Po zastosowaniu przeze mnie w ostatnich latach około 500 znieczuleń endostalnych nie mogłem i ja

także potwierdzić zdania Schmutzigera, który z powodu obawy zakażenia poważnie ostrzega przed tą metodą. Wybitne zalety techniki endostalnej, którą zawdzięczamy Welin'owi, charakteryzują się przede wszystkim tym, że całkowite znieczulenie występuje równocześnie z ukończeniem wstrzykiwania, przy użyciu bardzo małej ilości płynu znieczulającego (0,5 cm³). Specjalne zastosowanie ma ta metoda u dzieci, u których wkłucie igły w szerokie pory i miękką kość nigdy nie przedstawia większej trudności. Do zastrzy-



Ryc. 10.

Trzy wstrzykawki f-my Hardo, całe ze szkła, przygotowane z odpowiednimi igłami i nasadkami, pierwsza z lewej do zastrzyku przewodowego, środkowa do zastrzyku endostalnego i trzecia do zastrzyku miejscowego. Na zdjęciu widoczna prócz tego „ampułka kliniczna" z 30-ma cm³ ½% pantezyny (Sandoz) z gumowym kapturkiem na wzór ampułek insulinowych.

ku endostalnego należy użyć wstrzykawkę typu Fischera, z długą nasadką, pozwalającą na wystawanie tylko 3 mm normalnej igły do znieczuleń miejscowych o długości 23 mm. Różnicę między długością igieł dla rozmaitych rodzajów znieczuleń przedstawia najlepiej ryc. 10-ta.

Na zakończenie mojego referatu chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na pracę Schillera ze stacji szczękowej pierwszej uniwersyteckiej kliniki w Wiedniu, napisaną pod kierownictwem Pichlera (Z. Stomat. Wiedeń, zeszyt 21. 1935). Z uwagi na to, że autor do-

chodzi w swej pracy do nieco odmiennych wyników niż my (na punkcie wyższości pantezyny nad nowokainą), a jako sprawdzianów w swoich konkluzjach używa metod nie mających nic wspólnego z prawdziwą nauką, dlatego też chciałbym na tym miejscu zaznaczyć, że przed takimi elaboratorami należy się z całą stanowczością zastrzec. Podając poniżej tabelę Schillera, która posłużyła mu do wyciągnięcia wniosków co do wartości środków znieczulających, pozostawiam ocenie fachowców wydanie ostatecznej opinii o tej pra-

Nazwa preparatu	Znieczulenie		Wyniki		Ilość wstrzykniętych cm³
	miejscowe	przewodowe	dobre	ujemne	
Pantezyna ½%	50	—	49	1	2
Pantezyna ½%	—	50	21	29	4
Pantezyna 1%	—	50	41	9	2
Pantezyna 1%	—	50	45	5	4
Nowokaina 2%	50	—	50	—	2
Nowokaina 2%	—	50	49	1	4
Nowokaina 4%	—	50	49	1	2
Nowokaina 4%	—	50	50	—	4

Tabela wzięta z pracy F. Schillera.
(Z. Stomat. Heft. 21. 1935).

cy. Czytając ją nie można oprzeć się podejrzeniu, że została ona napisana pod z góry upatrzonymi auspicjami. W każdym razie bardzo trudno jest zrozumieć, jak środek znieczulający zastrzyknięty 50 razy, działa zadowalająco tylko 45 razy, a 5 razy dał wynik ujemny?!, co wciąga autor do statystyki na niekorzyść tego preparatu, dochodząc na podstawie dalszych podobnych przesłanek do apodyktycznych, a oczywiście zupełnie fałszywych wyników.

PIŚMIENNICTWO.

Cieszyński A. Beitrag zur lokalen Anästhesie, mit spezieller Berücksichtigung von Alypin und Novocain D. M. f. Zahnheilk. 1906. S. 197.

De Jonge-Cohen E. Erfahrungen mit Panthesin. Zahnärztl. Rund. Nr. 2. 1932.

Müller O. Panthesin ein neues Lokalanästheticum in der Zahnheilkunde. Zahnärztl. Rund. 1930. Nr. 20.

Rothlin E. Experiment. Untersuchungen über das Lokalanästheticum S. F. 147. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Band 144, Heft ¾.

Schatzker K. Experimentelle u. Klinische Untersuchungen von Lokalanästhetica u. Adrenalin in der Stomatologie. Schweiz. Monatsschrift. f. Zahnheilkunde. 1935. Nr. 6. Band 45. S. 519. Zürich.

Schatzker K. Eksperymentalne badanie nad środkami znieczulającymi i adrenaliną w stomatologii. Pol. Stomatologia. 1937. Nr 1—2. S. 49. (Księga Pamiątkowa poświęc. Prof. Dr. Cieszyńskiemu). Lwów.

Schatzker K. Experimentelle Forschungsergebnisse der stomatologischen Anästhesiologie. Korresp. f. Zahnärzte. Berlin 1937. Heft 10. S. 317.

Schiller F. Über die Wirksamkeit von Novocain, Percain, Panthesin und Pantocain. Z. Stomat. 1935. Heft 21. S. 1300.

Schmuziger P. Intraosseale Anästhesie der Kieferknochen mit Einschluss der endostalen (distalen) Methode. Habilitationsschrift. Zürich. 1933.

Schmuziger P. Bemerkungen zu „Karl Schatzker: Experimentelle u. klinische Untersuchungen von Lokalanästhetika u. Adrenalin in der Stomatologie". Schweiz. Monatschrift f. Zahnheilk. 1935. Nr. 7.

Schubert L. Über die hämodynamische Wirkung verschiedener Anästhesie—Lösungen. Zahnärzt. Rund. 1933. Nr. 9.

Szepelski K. Znieczulenie nerwu szczękowego przez otwór podniebienny większy w świetle obserwacji własnych.

Szepelski K. Perkaina oraz możliwości jej zastosowania w stomatologii.

———o———

Z Kliniki Chirurgii Stomatologicznej Akademii Stomatologicznej
(Kierownik: Prof. Dr med. A. MEISSNER).

Lek. dent. Stefan Grzybowski *Warszawa.*
st. asystent Kliniki.

O wypadkach przy czynnościach stomatologicznych

W codziennej swojej pracy lekarz - dentysta narażony jest na najróżniejsze wypadki nieoczekiwane i nieprzewidziane. Przypadki te są częstsze aniżeli w innych gałęziach medycyny, ponieważ mogą wynikać nie tylko z samego zabiegu, ale nawet z powodu znieczulenia, czy narkozy; wreszcie najliczniejsze źródło, powodujące te wypadki — to liczne drobne instrumentarium dentystyczne o małej ostrej powierzchni jak np. igły przewodowe, miazgociągi i t. p.

Przypadki nieszczęśliwe od dawien dawna są znane i opisywane, a nawet spotykamy się coraz częściej w pismach codziennych, podawanych jako wypadki sensacyjne.

W niniejszej pracy zadałem sobie trud zebrania i opisania nieszczęśliwych przypadków z dostępnej mi lektury za okres czasu 30 lat t. j. od 1907 r. do 1937 r. Korzystałem z czasopism stomatologicznych polskich, a mianowicie: Kronika Dent., Przegląd Dent., Polska Stom., Dwumiesięcznik Stom., Wiadomości Dent., z czasopism laryngologicznych, med. wewn. i zagranicznych ogólno - medycznych i dentystycznych.

Wykorzystałem również orzeczenia wydane przez Kier. Klin., jako biegłego sądowego.

Zebrane tu przypadki bezpośrednio zakłóciły funkcję różnych narządów, zakończyły się pomyślnie, lub też pozostawiły ślady na pewien okres czasu lub na stałe.

W artykule opisano:

1. zapaść przy ukłuciu miazgi zęba.
2. zaburzenia nerwowe powstałe na tle zębowym.
3. częściowa anestezja twarzy po extr.
4. komplikacje ucha w/k zębów
6. „ nosa, gardła w/k zębów
7. „ wzroku w/k zębów.
8. „ poextrakcyjne w/k żóżnych przyczyn.
9. idiosynkrazja do jodyny.
10. połknięcie, ale i wyjęcie ciał obcych.

Wisbrem opisuje wypadek zapaści na skutek wstrząsu nerwowego, po ukłuciu miazgi zęba.

Chory lat 18, anemiczny, neurastenik zgłosił się z bólem dol. zęba trzonowego. Po oczyszczeniu ubytku, przy badaniu zgłębnikiem dna korony, lekarz ukłuł w miazgę, na co chory krzyknął, zbladł, stawał się coraz bledszy, następnie siny, czoło pokryło się zimnym potem, puls staje się niewyczuwalny.

Natychmiast dano choremu zastrzyk z camphory i coffeiny, stosowano sztuczny oddech przez ½ godziny, poczem tętno wracało do normy, wtedy podano choremu czarnej kawy z koniakiem i po pół godzinie chory przyszedł całkowicie do siebie.

Zapaść często występuje po ciężkich obrażeniach ciała jak zmiażdżenie, oderwanie części narządów lub od silnego udaru.

W tym wypadku, podrażnienie n. czuciowego miazgi, wywołało odruchowy paraliż naczynioruchowego ośrodka w móżdżku, wskutek czego powstaje zmniejszenie napięcia naczyniowego, szczególnie w arteriach, co ze swej strony wywołuje nieprawidłowość ciśnienia krwi, anemii mózgu, płuc, oraz zastój krwi żylnej dolnej połowy ciała.

Nie mniej ciekawe są wypadki zaburzeń nerwowych, powstałych na tle zębowym.

a) Dr Gregory opisuje, że u mężczyzny lat 22 usunął ząb +4 w znieczuleniu miejscowym i przy tym znieczuleniu miał usunąć korzenie +6, ponieważ chory stracił przytomność, nastąpiła sinica, zgięcie głowy wtył z wygięciem tułowia, szczękościsk, oraz wkrótce pojawiły się drgawki w mięśniach twarzy, głowy, kończyn i objawy te trwały 2 min., poczem pacjent zasnął, oddech był równy, źrenice rozszerzone nie reagowały na światło. Po upływie 15 min. chory obudził się, nie zdając sobie sprawy, co się z nim działo. Wywiad stwierdził u niego padaczkę. Napady epileptyczne występowały u pacjenta b. rzadko.

Ponieważ należało mu usunąć zgorzelinowe korzenie trzonowca, przeto po tygodniu usunięto mu bez znieczulenia, jednak atak epileptyczny wystąpił jak przy pierwszej extr.

Widzimy, że napad padaczki może wystąpić, gdy podziała jakiś bodziec na chorego, co potwierdza druga extrakcja.

b) Przypadki zaburzeń nerwowych na tle zatrzymanych zębów.

Dr Opson podaje, że na 60 obserwowanych przypadków zaburzeń nerwowych w 32 stwierdził zatrzymane zęby. W 3 przypadkach chorzy skarżyli się na ból w zdrowych zębach. Z tych 60 przypadków 9 dotyczyło t. zw. otępienia przedwczesnego (dementia precox). U tych chorych zauważono zatrzymane różne zęby w górnej lub dolnej szczęce, wtedy usunięto te zatrzymane zęby i z tych 9 przypadków, w 6-ciu nastąpiło wyzdrowienie, w 2-ch poprawa oraz jeden bez zmiany. Według Dr Opsona otępienie przedwczesne czyli osłabienie siły umysłowej (dementia precox) prowadzi do zniszczenia tkanki mózgowej, władze umysłowe gasną szybko i prognostyka jest beznadziejną, o ile nie nadejdzie wczesna skuteczna pomoc.

Ciekawy przypadek podaje Dr Upson. Chory zgłosił się ze skargami na ociężałość, ból głowy i niekiedy zęba +6 spróchniałego.

W porozumieniu z lekarzem dentystą usunięto ten ząb (+6), ale po 2 tygodniach zgłosił się chory z tymi samymi skargami.

Po dokładnym zbadaniu okazało się, że w górnej szczęce jest zatrzymany ząb mądrości.

Wydłutowano ten ząb i stan neuropatyczny minął po kilku dniach.

Własne spostrzeżenie na klinice.

Pacjentce M. K. przed rokiem usunięto ząb, rana goiła się b. długo i od tego czasu uskarża się na silne bóle głowy przeważnie wieczorem. Po zbadaniu stwierdziłem 11 korzeni zgorzelinowych i 1 pulpit w trzon. gór. Zaleciłem jej usunięcie tych korzeni i wyleczenie zęba. Na wyleczenie zgodziła się, natomiast na wyjęcie nie, z obawy bólu. Poleciłem ząb ten wyleczyć, ale zaznaczyłem, że bóle mogą się uspokoić na krótki czas, ale nie miną, dopuki nie usunie się tych korzeni. Ząb wyleczono, zaplombowano, ale po miesiącu pierwotne bóle wystąpiły, wtedy zdecydowała się na usunięcie tych korzeni. Po dokładnym wyłyżeczkowaniu po tygodniu bóle ustąpiły, i więcej się nie pojawiły.

Wypadek anestezji cz. twarzy po extr.

Dr Zasas podaje, że po extr. +6 wystąpiły silne bóle, opuchnięcie i porażenie n. twarzowego, z opuszczeniem kąta ust i niedomykaniem oka. Nieznaczną ulgę przynosiły środki przeciwbólowe oraz płukania ciepłą wodą.

Po tygodniu nastąpiło pęknięcie ropnia od strony jamy ustnej, wypłynęło dużo ropy i po 2 tygodniach sprawa zlikwidowała się, a elektryzacja przywróciła normalny wygląd twarzy.

Porażenie nerwu twarzowego nastąpiło wskutek sprawy zapalnej już głębiej zaawansowanej, tak, że sama extr. już nie pomogła.

W pracy Dr W. Zielińskiego spotykamy opis wiele podobnych przypadków, które zacytuję poniżej.

Delestre opisuje brak czucia połowy szczęki dolnej wraz z uczuciem zimna, mrowienia na skutek extr. 8—. Prawdopodobnie przy extrakcji nastąpił uraz nerwu żuchwowego.

Leczenie wyczekujące, obejrzeć ranę, usunąć odłamki, które mogłyby nerw uciskać, przysypać zębodół vioformem, zimne płukania i środki kojące do wewnątrz.

Detzner opisuje wypadek anestezji połowy twarzy po extrakcji —8.

Następnego dnia dolna połowa policzka, dziąsło z lewej strony i ½ wargi zostały pozbawione czucia. Leczenie elektryzacją, po 2 miesiącach nastąpił stan normalny.

Dr Salomon zaobserwował wypadek skurczu tonicznego lewej ręki po dotknięciu sondą obnażonej miazgi. Nastąpił skurcz palców u ręki tak silny, że nie można było otworzyć siłą ręki. Wtedy położył stężony roztwór fenolu na miazgę i natychmiast ręka otwarła się.

Jako niecodzienny przypadek zębowy na tle grypy opisany w La Semaine Dent. 1922 r.

Chory zgłosił się z ropniem podniebiennym nad siekaczami górnymi. Lekarz przeciął ropień, zęby żywe.

Po 2 miesiącach powstał w tym samym miejscu znowu ropień z objawami ogólnymi grypy. Wtedy lekarz przeprowadził dokładny wywiad i okazało się, że chory 3 miesiące temu przechodził ciężką grypę, a na miejscu przeciętego ropnia mały martwaczek między siekaczami. Usunięcie tego martwaka sprawy nie zlikwidowało, ponieważ po 2 tygodniach znowu utworzył się ropień. Pacjent i lekarz zdecydowali się na extrakcję.

Prawdopodobnie uraz na przednie górne siekacze wywoływał ropienie, na skutek działania zarazka grypy, który przedostawał się przez śluzówkę do podniebienia, lub też wzdłuż korzenia zęba od szyjki do apexu.

Po usunięciu zębów sprawa więcej nie powtórzyła się.

Przypadki (obserwowane na Klinice Chir. A. S.) zapalenia kości szczęki i bólu zębów na tle grypy podam w następnym artykule.

W dalszym ciągu podaję kilka przypadków, gdzie w związku ze schorzeniami zębów występują komplikacje uszu, nosa, gardła.

Zęby mogą być również przyczyną schorzeń uszu. Nerwobóle uszu (otalgia ex dente) bywają też i pochodzenia zębowego, przeto po wyleczeniu lub usunięciu zębów otalgia mija. Cały szereg lekarzy (według art. Dr. Sędziaka), podaje różne wypadki jak:

1) ostry nieżyt ucha środkowego wskutek cierpień zębów;
2) stan ropny ucha środkowego wskutek próchnicy górn. trzon.
3) ząbkowanie u dzieci według Burnetta jest częstą przyczyną

ropienia usznego, jeśli w tym czasie dziecko przechodzi ostrą chorobę wysypkową lub nieżyt nosogardzieli.

Dr Humm spostrzegł głuchotę wskutek extr. +8, a inni lekarze opisują wyleczenie głuchoty po extrakcjach zębów zgorzelinowych.

Dr Saxton podaje, że na 1000 obserwowanych przezeń schorzeń uszu, — 600 było pochodzenia zębowego (tłom. M. Krakowski).

Mówią o słynnym kompozytorze Rubinsteinie, że kiedy podczas koncertu usłyszał kilka fałszywych tonów, doznawał na kilka godzin silnego bólu zdrowych zębów.

Między nerwem trójdzielnym, a słuchowym istnieje pewien związek odruchowy.

Woszczyna w uchu może być przyczyną bólu zębów, który znika po jej usunięciu, a ból bywa tu wywołany uciskiem na nerw bębenka.

W praktyce laryngologicznej zaobserwowano, że nawykowe nieżyty gardła powstają bardzo często na skutek próchnicy zębów:

1-sza postać — zaczerwienienie śluzówki, nieznaczne bóle przy łykaniu;

2-ga postać—z owrzodzeniami gardła, obrzękiem gruczołów szyjnych i gorączką.

Jako leczenie — usunięcie ewentualne wyleczenie i poplombowanie próchnicowych zębów.

Komplikacje nosa też są nierzadkie pochodzenia zębowego.

Dr Riecci podaje, że po extrakcji zęba +1 w stanie zapalnym okostnej ból nie ustał, a nawet po 2 dniach nastąpił obrzęk nosa, wargi górnej i niemożność oddychania nosem. Zgłębnikiem sprawdził zębodół i czuł, że przedostał się przez coś miękkiego poza zębodół, po wyjęciu zgłębnika okazała się ropa i ulga. Wygórowanie na dnie nosa natychmiast się zmniejszyło, możność oddychania nosem, był to ropień przegrody nosowej wywołany chorym zębem.

Zaburzenia mowy mogą wystąpić po extrakcji (z art. Dra W. Zielińskiego).

Hesse podaje, że po extrakcji —8 pacjentka nie mogła przemówić, tylko wydawała ciche nieartykułowane dźwięki. Stan taki trwał około 6 tygodni przy odpowiednim leczeniu mowy.

Po roku należało usunąć też ząb mądrości po prawej stronie. Ząb usunięto i pojawiły się takie same zaburzenia mowy, które ustąpiły po 3 tygodniowym ćwiczeniu w mowie.

Nierzadkie też są komplikacje wzroku wskutek schorzeń zębów.

Przypadki nerwobólu wzrokowego pochodzenia zębowego były niejednokrotnie opisane przez okulistów lub lekarzy dentystów.

Własny przypadek: U pacjentki stwierdziłem nieznaczne zmiany przywierzchołkowe na skutek zgorzeli +5. Postanowiłem wyleczyć ząb zachowawczo.

Chora skarżyła się, że wieczorem, po pracy biurowej pojawiał się ból lewego oka i występowało osłabienie wzroku po tejże stronie. Po

otwarciu zęba ból oka uspokoił się, ale osłabienie, zmętnienie wzroku pozostało. Przy dotyku okolicy podoczodołowej występował ból oka. Wyleczenie i zaplombowanie sprawy nie polepszyło.

Extrakcja zęba i wyłyżeczkowanie usunęło ból na 3 tygodnie, jednak nieprawidłowe gojenie się przez ziarninowanie spowodowało znowu pojawienie się tego bólu.

W znieczuleniu wyłyżeczkowałem po raz drugi, i usunąłem martwak ze ścianki policzkowej zębodołu i wtedy po tygodniu nastąpiło zagojenie się i równocześnie znikły te dolegliwości.

Nerwoból podoczodołowy jest nieomylną wskazówką podrażnienia po tej stronie.

Dimmer podaje, że po extrakcji zęba, 13-letni chłopiec stracił oko. Po extrakcji wystąpiły dreszcze, duże obrzmienie twarzy, zapalenie naczyniówki i wypchnięcie gałki ocznej.

Oko wyłuszczono i sprawa zlikwidowała się. Schwedt podaje, że po extrakcji wystąpiła róża, ropowica oczodołowa i ślepota.

Burdett podaje, że pozostawione korzenie przy extrakcji stały się przyczyną ropnia w oczodole i jako następstwo ślepota (z pracy Dr W. Zielińskiego).

Vibo zauważa również częsty związek między kataraktą a nerwobólem pochodzenia zębowego.

Przetoka w okolicy podoczodołowej na tle obumarcia zawiązka zęba u 5-cio letniego dziecka.

Dziewczynka 5-cio letnia zgłosiła się z przetoką w okolicy podoczodołowej. Usunięto zęby zgorzelinowe +40, +50, lecz przetoka nadal pozostała.

Była w opiece innego lekarza, który zakładał sączki, lecz sprawa nie likwidowała się. Ponownie zgłosiła się do tego lekarza, co jej zęby mleczne usuwał i ten, badając dno przetoki, wyczuł ruchome ciało. Po nacięciu od strony przedsionka — w okolicy podoczodołowej wyjął obumarły zarodek przedtrzonowca stałego a naokoło cuchnąca masa. Po dokładnym wyłyżeczkowaniu, przetoka zagoiła się po tygodniu.

Przypadek kilkutygodniowej ślepoty po extrakcji zęba.

Dr W. Zieliński podaje, że przy extrakcji 6+ została odłamana ścianka policzkowa wyrostka zębodołowego. Po 3 dniach ból przeszedł na okolicę podoczodołową i skroniową.

Po 5 dniach powieka obrzmiała, źrenica rozszerzona i wystąpiła ślepota. Po 3 tygodniach wzrok wrócił do normy.

Inny wypadek, przy extrakcji +5 chory krzyknął, że „oko pękło“. Odrazu nic nie zauważono. Następnego dnia źrenica uległa znacznemu rozszerzeniu i upośledzenie wzroku tym okiem.

Przypuszczano, że uszkodzenie nerwu zębowego, który bierze swój początek od nerwu podoczodołowego II gałęzi nerwu trójdzielnego, podziałało odruchowo na nerw okołoruchowy, który reguluje

szerokość źrenicy. Stosowano tamponiki na oko nasycone wyciągiem makowca (opium). Sprawa wkrótce się zlikwidowała.

Dr Bałłaban w „Nowinach Lekarskich" (1922 r.) wylicza w swej pracy 60 wypadków wyleczenia oczu po wyleczeniu ew. po extrakcji zębów.

Ciekawe są liczne przypadki komplikacji miejscowych przy wyjęciu zęba. Złamanie żuchwy podczas extrakcji podaje Dr Pahin.

Chory od dłuższego czasu cierpiał na opuchnięcie szczęki, bóle, i wydzielanie się ropy. Zgłosił się do lekarza z prośbą o extrakcję rozchwianych zębów —6, —7. Przy extrakcji zęba —7 wyszedł i —6 razem z dużym martwakiem i nastąpiło złamanie żuchwy.

Sprawa jak widać z opisu, ciągnęła się dawno, niewątpliwie był tam przewlekły stan zapalny kości. Po wydzieleniu się jeszcze jednego martwaka sprawa się zagoiła. Założono szynę.

Niezwykły krwotok z zębodołu po upływie kilkudni od extrakcji.

Neufeld podaje, że pacjentce usunął 4+, krwawienie normalne. Dziewiątego dnia po extrakcji wystąpił w nocy bardzo gwałtowny krwotok z zębodołu po usuniętym zębie. W dwa dni po wystąpieniu tego krwotoku chora zgłosiła się do lekarza z prośbą o pomoc, gdyż sama nie może zatamować krwotoku. Przy badaniu zębodołu widać obfite sączenie się krwi, brzegi rany nie uszkodzone, nie wykryto żadnego obcego ciała w zębodole. Po godzinie tamponami powstrzymano krwawienie. Na pytanie o menses, odpowiedziała, że nie przypada w tym terminie, natomiast podała, że 9-go dnia położyła się spać i wystąpił samoistnie krwotok. Lekarz b. szczegółowo wypytał, co robiła w tym dniu i otóż okazało się, że dnia tego była na nabożeństwie na cmentarzu i bardzo rozpaczała za zmarłą matką, wobec tego była mocno podniecona i z tego powodu cały dzień nie jadła i głodna udała się na spoczynek, a po kilku godzinach snu wystąpił krwotok. Krwotoki wtórne występują wskutek rozpadu skrzepu krwi w zębodole przy współistnieniu jakiejś nieoczekiwanej gwałtownej przyczyny ogólnej. Widzimy z tego, że stan psychiczny pacjentki po extrakcji ma pewien wpływ na mogące nastąpić powikłania po wyjęciu zęba nawet po upływie kilku dni.

Szczękościsk wskutek skurczu wewnętrznego mięśnia skrzydłatego.

20-letniego chłopaka kopnął koń w szczękę, wystąpił ból, szczękościsk i utrudnione połykanie. Rentgen nie wykazał złamania.

Taki stan trwał 9 miesięcy, co pewien czas szpara ust to zwiększała się lub zmniejszała się.

Dr Bauer po dokładnym zbadaniu przyszedł do wniosku, że przy kopnięciu nastąpił stan zapalny mięśnia wewnętrznego skrzydl. i do tego dołączyła się sprawa ropna. Po otwarciu tego mięśnia dano ujście ropie i sprawa wkrótce zlikwidowała się.

Szczękościsk zależał od skurczu mięśnia przy naprężeniu prze

ropę zbierającą się między mięśniem i wewnętrzną ścianką kąta żuchwy.

O wypadku idiosynkrazji do jodyny.

Lekarz dentysta usunął ząb 5+, a ponieważ chory zgłosił się następnego dnia z powodu bólu i ziejącej rany poextrakcyjnej, przeto lekarz dentysta obficie wysmarował brzeg zębodołu i okolice jodyną. Na drugi dzień wysoka gorączka, dreszcze, wysypka po całym ciele, chorego odwieziono do szpitala i tam orzeczono, że jest to zatrucie jodyną na skutek idiosynkrazji. Brzeg zajodynowany zębodołu naokoło opiłowano. Po 6 dniach chory opuścił szpital.

O wypadkach połknięcia, ale i wyjęcia ciał obcych.

Dr Schwarz opisuje, że, podczas udrażniania przewodów drylem, wysunął się z kątnicy dryl i wpadł do przełyku. Dano pacjentce do łykania kuleczki z waty z wodą i polecono dietę kartoflaną, z kaszą. Trzeciego dnia znaleziono dryl w kale. Powikłań nie było.

Dobroszycki podaje, że miazgociąg wpadł do krtani, podczas extirpacji, jednak lekarz nie zauważył, gdzie się podział, tak samo i pacjent. Pacjent był w obserwacji lekarza. Na czwarty dzień uskarża się chory na kaszel, wtedy skierował go do laryngologa i ten zauważył między struną fałszywą prawą, a krtaniową powierzchnią nagłośni ułożony miazgociąg skośnie do światła krtani. Za pomocą bronchoskopii miazgociąg wyjęto.

Podobny wypadek z miazgociągiem opisuje Dr Hagel, gdzie również wyjęto za pomocą bronchoskopii na 3 dzień.

Dwa lata temu zdarzył się pewnej lekarce w Warszawie wypadek z miazgociągiem, który wpadł uczniowi do przełyku. Lekarka poleciła mu spożywać dużo razowego chleba i kaszy. W kilka godzin dostał bólu, tak, że przewieziono go do szpitala. Prześwietlano kilka razy, dokładnie oznaczano położenie, dokonywano 2 razy operacje, jednak nie znaleziono miazgociągu i powłoki brzuszne zaszyto. Po 2 tygodniach miazgociąg sam wyszedł drogą naturalną.

Bardzo praktycznym okazuje się umocowanie miazgociągu na łańcuszku lub na nitce przy palcu podczas manipulowania u dzieci lub osób nerwowych.

Zęby w płucach. Pod tym tytułem różni autorzy opisują wypadki wpadnięcia zębów do płuc przy extrakcjach. Z całego szeregu takich przypadków przytoczę najciekawsze.

Prof. Erbrich opisuje kilka przypadków ciał obcych w oskrzelach wydobytych zapomocą bronchoskopii.

Chora po extrakcji zęba zaczęła gorączkować ponad 39° w ciągu 6 tygodni i podczas kaszlu wypluła kawałek zęba. Ciepłota spadła do 37,5° i taki stan podgorączkowy utrzymywał się przez 2 lata, kuracja żadna nie pomagała. Rentgen wykazał jamę w płucach w okolicy 8 żebra. Wobec wywiadu chorej, dokonał prof. E. próbnej bron-

choskopii i udało się wydobyć cuchnące masy ziarninowe, a wśród nich korzeń zęba.

Dr Reichman opisuje, że wpadnięty ząb przeleżał 2½ lat w płucach.

Zaraz po extrakcji chora nie czuła żadnej zmiany, cały rok po wyjęciu zęba czuła się dobrze, następnie zaczęła kaszlać, bóle w piersiach, płucach i utrudnione oddychanie.

Lekarz zalecił inhalacje i masaż płuc, przypuszczając, że to sprawa płucna. Po pewnym czasie przyłączyła się gorączka, stan pogorszył się. Podczas silnego kaszlu wyleciał z tchawicy ząb otoczony śluzem o bardzo przykrej woni.

Masaż i inhalacje przypuszczalnie sprawiły to, że oddzielił się od płuc.

Dostawka kauczukowa z 3-ma zębami dostała się podczas snu do krtani. Chory dusił się, głosu wydobyć nie mógł. Zawezwany laryngolog dostawkę wyjął. Zranienia nie było.

Zęby, mostki, dostawki w przewodzie pokarmowym.

Wielu autorów opisuje dostanie się zębów przy extrakcji do przewodu pokarmowego, które wyszły drogą naturalną.

Koronę złotą podczas przymiarki pacjent połknął, wywołano wymioty i koronę zwrócił.

Mac Vey opisuje połknięcie mostka złotego złożonego z 2 koron i 2 zębów podczas przymierzania w ustach pacjenta. Zalecono pacjentowi spożywać dużo suchego chleba razowego i łyżkę dziennie oleju rycynowego. Po 2-ch dniach dostawka wyszła drogą natuarlną.

Trzech autorów opisuje połknięcie dostawek kauczukowych przez 19-letnią, 61-letnią i 40-letniego, które to dostawki utkwiły w przełyku.

Wydobyto przy pomocy oesophagoskopii. Komplikacji żadnych nie było.

Dr Minkiewicz opisuje wypadek połknięcia dostawki przez 20-letnią dziewczynę. Środkami wymiotnymi nie udało się wyjąć. Prześwietlano każdego dnia i stwierdzano, że przeszła już żołądek, następnie w kiszkach grubych i ostatnio zauważono w jelitach cienkich, a na 4-ty dzień wyszła drogą naturalną.

Ciekawy wypadek podaje Dr Thomson. Połknięta dostawka pozostawała przez 2½ lat w przewodzie pokarmowym i nie wyrządziła szkody organizmowi. Dwa razy poddawał się kuracji szpitalnej i bez wyniku. Rentgen nie wykazał dostawki, bo kauczuk daje słaby cień na kliszy. Wyjęto drogą chirurgiczną.

———o———

Dr med. dent. P. MICHALSKI. *Warszawa.*

Wpływ cukrzycy na jamę ustną.

(Referat wygłoszony na posiedzeniu Koła Naukowego Wzajemnej Pomocy Studentów Żydów Akademii Stomatologicznej 17. czerwca 1938 r.).

Już od dłuższego okresu czasu, co raz częściej zaczyna się łączyć objawy ze strony jamy ustnej ze zjawiskami chorobowymi całego organizmu. Wszelkiego rodzaju schorzenia wywołują ze strony śluzówki jamy ustnej, czy też dziąseł, różnorodne zmiany, wyrażające się w jej zmienionej barwie, wielkości lub też konsystencji. I tak przy tuberkulozie spostrzegamy wydzielanie się płynu w postaci kropelek z gruczolików śluzowych; przy zaburzeniach w trawieniu może wystąpić u dzieci soor, a u starszych aphty, które szczególnie często towarzyszą wespół z zapaleniem dziąseł, tak zwanej gingivitis dysmenorroica, wszelkim zaburzeniom menstruacyjnym.

Zaburzenia w wydzielaniu przysadki mózgowej, częste wymioty, powodujące reakcję kwaśną w ustach, zachwiana gospodarka wapniowa, oraz zmniejszenie się ilości witaminu C, stają się u kobiet ciężarnych przyczyną powstania gingivitis gravidarum, które często osiąga tak wielkie rozmiary, że brzeg zęba siecznego ginie w przerastającym dziąśle. Zmiany akromegaliczne powodują przy tym powstawanie diastem. Z chwilą rozwiązania objawy te cofają się spontanicznie. Przy zawodowych zatruciach ołowiem, czy też kuracji bizmutowej i rtęciowej, występuje dla każdego rodzaju charakterystyczny wygląd dziąsła.

Najcięższe zaś zmiany, aż do rozpadu dziąseł włącznie spotykamy przy gnilcu, białaczce i złośliwej anemii. W innych wypadkach wybitna bladość dziąseł pozwala podejrzewać chlorozę. Intensywny niebiesko-czerwony kolor zdradza słabą wydolność serca, a przerost śluzówki podniebiennej, przy ogólnej bladości dziąseł, schorzenia nerkowe.

Po krótkim zobrazowaniu zmian, powstałych na tle ogólnych schorzeń, dochodzimy do wniosku, że przy jakichkolwiek zmianach patologicznych w organiźmie, dziąsło odgrywa rolę indykatora. Współudział jamy ustnej przy schorzeniach krwi lub przemiany materii, da się w następujący sposób wyjaśnić: masa krwi, płynąca zwolna przez naczynia włoskowate, które specjalnie w dziąśle są jedne z najdłuższych w organizmie, a posiadające przy tym ścianki z li tylko jednej warstwy komórek nabłonkowych, ulegają najszybciej niszczącemu wpływowi toksyn, nagromadzonych skutkiem choroby. Najczęstszym schorzeniem, które na długo jeszcze przed ostrym wybuchem, zdradza się charakterystycznymi objawami ze strony jamy ustnej, które zmuszają człowieka do szukania pomocy lekarsko-dentystycznej, jest diabetes mellitus, pospolicie zwana chorobą cu-

krową. Tu należy podkreślić, że możliwość odkrycia tej poważnej choroby b. często przypada nam w udziale. Przez jak najwcześniejsze rozpoznanie i przekazanie specjaliście, jesteśmy w stanie przysłużyć się bardzo choremu. Przez coraz dokładniejsze badanie przyczyn i objawów tej choroby, uwaga specjalistów została przykuta charakterystycznymi objawami ze strony jamy ustnej, które dla nas lekarzy dentystów są pierwszorzędnej wagi. Pacjenci uskarżają się na suchość w ustach, lepkość języka i uczucie obecności obcego ciała w przełyku, połączone z kwaśnawym i słodkawym posmakiem. Otoczenie często uderza zapach, przypominający niedojrzałe jabłka. Śluzówka jest zaczerwieniona, dziąsła ulegają zmianom patologicznym, połączone często z objawami okołozębicy, zęby nie wywiązują się ze swego zadania, protezy zaś dotąd dobrze znoszone, wywołują odleżyny. Silne pieczenie w ustach uzupełnia pokrótce skreślony obraz objawów, towarzyszącym tej chorobie. W niniejszej pracy chciałbym zwrócić specjalną uwagę na korrelację cukrzycy w typowym schorzeniu stomatologicznym — okołozębicy, dla etiologii której posiadamy aż 350 teorii. My z naszej strony spróbujmy dla łatwiejszego ogarnięcia poglądy te w kilku grupach po krótce zdefiniować. Grupa I uważa okołozębicę jako schorzenie wywołane jedynie lokalnymi przyczynami. Najstarszym obrońcą tej teorii był Amerykanin Rigg, od którego choroba ta dłuższy czas nosiła nazwę. Druga grupa domaga się dla powstania okołozębicy koniecznie istnienia schorzeń ogólnych, w danym organiźmie, ale rozróżnia przy tym dwie możliwości: a) okołozębica występuje jako stadium prodromalne, objawy choroby występują później, b) okołozębica zjawia się później, spowodowana ogólnym schorzeniem, które w ten sposób mniej więcej manifestuje swoją obecność. Do trzeciej grupy należą ci, którzy powstanie okołozębicy uwarunkowują od dwóch wyżej podanych teorii, od przyczyn natury lokalnej i ogólnej.

Już w latach 70-tych zeszłego stulecia T o m e s i B r e m e r byli pierwszymi, którzy zwrócili uwagę na zmiany w ustach, spowodowane przez diabetes mellitus. Od tego czasu w literaturze pojawiło się dużo zdań, które nierzadko zaprzeczają się całkowicie w zapatrywaniu na powstanie okołozębicy cukrzycowej. Jedni badacze znaleźli w ślinie ślady cukru, inni reakcję kwaśną, lub też zgoła zasadową. Przy wszystkich różnicach zdań jedno wydaje się pewne, że przede wszystkim na tle ogólnego schorzenia, odporność dziąsła a następowo kości zmniejsza się wybitnie. Dopiero na tak przygotowanym podłożu miliony bakterii, będących dotąd w stanie uśpienia, przechodzą do ofensywy. Obecność bogatej pożywki przyczynia się w znacznym stopniu do podtrzymania ich w destruktywnej robocie. Niedożywianie dziąseł i osteoporosa, otwierają infekcji drogę do zębodołu, która z kolei wywołuje zapalenie. Pod wpływem zmienionego w kwas mlekowy cukru i kwasów tłuszczowych, spostrzegamy na brzegu dziąsła ciemnoczerwone zabarwienie, któremu towarzyszą powiększenie i zwiotczenie tegoż. Naczynia rozszerzają się aż do ich najdrobniejszych rozgałęzień włoskowatych. Nabrzmienie dziąseł

przybiera na rozmiarach. W związku z rozszerzeniem tętniczek a zwężeniem świateł odpływów żylnych, krążenie krwi odbywa się nader leniwie, powodując wysięk międzytkankowy i z kolei rzeczy patologiczne nabrzmienie brodawki dziąsłowej. Przez opuszczenie się nabłonka tworzy się kieszonka dziąsłowa, idealna dla wylęgu drobnoustrojów, wywołujących ropienie. W tym stanie proces przerzuca się szybko na całe okołozębie. Jeszcze bardziej charakterystycznym dla etiologii okołozębicy cukrzycowej są badania doświadczalne uczonych japońskich, o zmianach w szczękach i zębach u zwierząt przy stosowaniu podskórnych zastrzyków z cukru. Otrzymane wyniki przypominały łudząco pod względem klinicznym, rentgenologicznym i drobnowidzowym, okołozębicę cukrzycową. Przez przemianę chemiczną nadmiaru cukru i tłuszczów powstała kwasica krwi zubożą, wiążąc z sobą rezerwy alkaliczne organizmu oraz sole wapienne kości, intensywnie rozpuszczane przez patologicznie przyśpieszoną osteoklasę, powodującą zlewanie się kanalików Haversa i zanik beleczek kostnych. Szczęki i wyrostek zębodołowy obciążone pracą żucia, cierpią najwięcej z kości całego organizmu z powodu przeszkód w odżywianiu i w związku z powyższym wykazuje również największy zanik, który to moment jest może najważniejszym czynnikiem przy powstawaniu okołozębicy. Ozębna jest silnie przekrwiona, powierzchnia cementu nie zostaje również nietkniętą, wykazuje bowiem charakterystyczne errozje w przeciwieństwie do zębów ludzi, cierpiących na okołozębicę z przyczyn niediabetycznych, które wykazują gładką powierzchnię w obrębie korzenia. Każdy organizm, posiadający pewną rezerwę zasadową, rodzaj amortyzatorów, mających za zadanie ustrzec nas od niebezpieczeństwa kwasicy. U diabetyków, podobnie zresztą u zwierząt doświadczalnych, nadwyżka cukru powoduje powstanie kwasów w postaci kw. mlekowego. Zła asymilacja cukru powoduje z kolei zatrzymanie procesu spalenia tłuszczów, które dla obrazowego wyrażenia się „spalają się lepiej w ogniu węglowodanów". Proces spalania zostaje zahamowany na wysokości kwasu masłowego, kw. aceto-octowego i acetonu, miast ulec kompletnemu spaleniu na wodę i dwutlenek węgla. Jak widzimy, ilość kwasów wzrasta, która szybko wiąże w stanie wolnym, znajdującej się rezerwy zasadowe, a nie nasyciwszy się tymi, sięga do soli wapiennych, zawartych w kości.

Co raz liczniejsze spostrzeżenia, zamieszczone w naszej, jak i ogólnolekarskiej literaturze, donoszą o wypadkach, przy których bez wątpienia można było wiązać obecność okołozębicy z cukrzycą. I tak Nothmann między 50 cierpiącymi na okołozębicę znalazł 5 diabetyków, Gescheff — 19 na 100. Manon podaje, że na 224 diabetyków 17 trapionych chorobą zębów, zmuszonych się czuło odwiedzić lekarza dentystę. Weinmann na 18 wypadków okołozębicy stwierdził 8, u których można było stwierdzić podniesione wartości cukru we krwi. To samo stwierdził Landgraf u 12 na 100. Odkrycie tych dwóch ostatnich wskazuje na niewątpliwą rolę, jaką odgrywa zachwiana przemiana węglowodanów w po-

wstawaniu okołozębicy. Jeśli nawet w okołozębicy nie wykryjemy przy badaniu krwi godnych uwagi wartości, nie powinniśmy zadowolić się empirycznie otrzymanym rezultatem, ale z pomocą t. zw. przecukrzenia odżywczego, starać się wykryć zachwianą przemianę węglowodanów sposobem Landgrafa, który leży w granicach współpracy lekarza dentysty i internisty. Wartość normalna cukru we krwi waha się w granicach 0,06 a 0,1 mg. %. Po spożyciu 100 gr. glukozy przez człowieka zdrowego wartości te wzrosną w dwójnasób, by w półtorej godziny wrócić do wartości notowanych na czczo. Przy zachwianej równowadze w przemianie, ta sama ilość spożytej glukozy wywołuje we krwi krzywą cukru, która otrzymuje się o wiele wyżej i dłużej. Z pomocą podanej metody jesteśmy w stanie wykryć stan podcukrzycowy, oddalić, względnie zupełnie usunąć groźbę ostrego wybuchu choroby. Dla poparcia wyżej przytoczonych danych przeprowadziłem doświadczenia na dość licznym materiale chorych w Szpitalu Miejskim i w Poliklinice Uniwersyteckiej. Ilość chorych wynosiła 79. 16 wypadków, u których stwierdziłem bezzębie, zrezygnowałem z powodów nie zawsze dokładnie podanej anamnezy, w jakich okolicznościach stracili zęby, celem uniknięcia nieścisłych danych. Według przeprowadzonych doświadczeń chorych podzieliłem na dwie grupy: 1-wsza grupa — to pacjenci, którzy po raz pierwszy zjawili się na klinice, u których jednocześnie z leczeniem specyficznym cukrzycy, przeprowadzałem sanację jamy ust według metody Jounger-Sachsa, posiłkując się prócz tego rozpryskiwaczem kwasowęglowym, która to metoda najbardziej odpowiada warunkom poliklinicznym. Druga grupa, to pacjenci, których zastałem już w leczeniu, lub którzy musieli pod ścisłą i stałą obserwacją lekarza pozostać w szpitalu, albo wreszcie tacy, którzy z powodów związanych z brakiem czasu, nie mogli się równocześnie z poczętym leczeniem ogólnym stawić się do leczenia lokalnego na poliklinikę.

Pacjenci I-wszej grupy, po przeprowadzeniu wywiadu na dziedziczenie cukrzycy wraz z rozpoczętym leczeniem specyficznym, stosowałem leczenie lokalne. Otrzymane efekty kontrolowałem w odstępach kilkutygodniowych. U pacjentów II-giej grupy obserwowałem jedynie efekt leczenia specyficznego i dietycznego.

Przykłady historii chorób I grupy.

Przypadek 6.

N. J., gospodarz, ur. 1880. *Anamneza.* Śmierć żony przed 6-ciu tygodniami spowodowała rozstrój nerwowy pacjenta, zawroty głowy i zły sen. Pacjent nie uskarża się na żadne subjektywne dolegliwości. Twierdzi, że od trzech tygodni apetyt mu się wybitnie poprawił. Ostatnio źle słyszy. *Status:* Dobry wygląd. Waga 93 kg. Typ pykniczny. Poziom cukru we krwi 173 mg. %, mocz 1,6%, ślady acetonu. *Diagnosa:* Diabetes mellitus. *Terapia:* Insulina i dieta.

Specjalne badania jamy ustnej 30.I. 1934 r.

4+, 3+, 2+, 1+, +1, +2, +3, 5—, 4—, 3—, 2—, 1—, —1, —2, —3, —4, —5.

W szczęce górnej dostawka kauczukowa. 4+,+3 objęte klamrami, tkwią zaledwie w zębodole. Dziąsło zgrubiałe, opuchnięte, w stanie zapalnym. Przy nacisku wydziela się z głębokiej kieszonki dziąsłowej ropa. Na zębach znajduje się kamień miękkiej konsystencji. Język popękany i suchy, również biało obłożony.

2.II. 1934. Przy jednoczesnym leczeniu specyficznym była zastosowana również sanacja ust według Jounger - Sachsa z zastosowaniem rozpryskiwacza kwaso-węglowego. 4+, +3 usunięto.

9.II. 34. Zęby wzmocniły się, ropienie znikło, opuchnięcie dziąseł zmniejszyło się, leczenie lokalne jak wyżej.

23.II. 1934. Zęby prawie całkowicie wzmocnione, dziąsła, jakkolwiek niezupełnie normalne, nie wykazują jednak większych zmian chorobowych.

Przypadek 15.

W. K., wojażer, ur. 1893.

Anamnesa. Żadnych bliższych danych o chorobie cukrowej w rodzinie. Sam zresztą dotąd zdrów. Od roku odczuwa pacjent silne pragnienie, które zmusiło go odwiedzić lekarza.

Status: stan odżywienia zadawalający. Waga 71. Barwa skóry normalna. Poziom cukru we krwi 250 mg. %. Cholesteryny 165 mg. %, mocz +, acetonu — ślady.

Diagnosa: Diabetes mellitus.

Terapia: insulina i dieta.

Stan ust z 8.II. 1934 r. 5+, 3+, 1+, +2, +3, +5, , 6—, 5—, 4—, 3—, 2—, 1—, —1, —2, —3, —4, —5. Zęby silnie rozchwiane, okryte masą zielonkawego kamienia. Most na 5+, 3+, 1+, wykazuje mocno obnażone korzenie. Dziąsła opuchnięte i przytem uległy mocno zanikowi, koloru niebiesko-czerwonego.

12.II. 34. Leczenie lokalne według Jounger-Sachsa z użyciem rozpryskiwacza kwaso-węglowego.

19.II. 34. Zęby wzmocniły się w zębodole, dziąsło mniejszych rozmiarów o zdrowszym wyglądzie.

27.II. 34. Znaczna poprawa. Rozchwianie zębów ustąpiło prawie całkowicie. Dziąsło koloru lekko niebieskawo-czerwonego.

Przypadek 23.

M. J., ur. 1879. Maszynista.

Anamnesa. Rodzina zdrowa. Sam dotąd zdrów. Od kilku tygodni zawroty głowy, osłabienie i silne pragnienie.

Status. Wygląd zdrowy. Waga 81 kg. Kolor skóry twarzy brzoskwiniowo-czerwony. Poziom cukru we krwi 183 mg. %. Cholesteryny 259 mg. %. Mocz +. Acetonu brak.

Diagnosa. Diabetes mellitus.

Terapia: insulina i dieta.

Stan ust z 13.II. 1934 r. 7+, 5+, 3+, 2+, 1+, +1, +2, +3, +4, +6, 4—, 3—, 2—, 1—, —1, —3, —4. Okolica górnych trzonowców wykazuje najbardziej posuniętą okołozębicę. Dostawka kauczukowa oparta na 4—, —4, które wy-

kazują obnażone szyjki i silne rozchwianie. Dziąsło szczęki górnej wykazuje silny stan zapalny, jest przytym bardzo zgrubiałe, gąbczaste, o głębokich kieszonkach z ropą.

17.II. 34. Leczenie jak wyżej.

22.II. 34. Zęby mniej rozchwiane. Ropienie ustąpiło. Dziąsło wybitnie zmniejszone.

8.III. 34. Zęby wykazują minimalne rozchwianie. Kolor dziąsła zbliżony do zdrowego, zlekka jednak gąbczaste o odcieniu niebieskawo-czerwonym.

Przypadek 26.

G. L., ur. w r. 1884, chemik.

Anamnesa. Od dwóch miesięcy męczy pacjenta uczucie głodu i pragnienia połączone z wielką ilością oddawanego moczu. Powyższe symptomy skierowały inteligentnego chorego do lekarza.

Status. Wygląd zdrowy. Mocnej budowy. Waga 76,6. Kolor skóry mocno czerwony. Poziom cukru we krwi 185 mg. %, mocz. ++, acetonu +.

Diagnosa: diabetes mellitus.

Terapia. Insulina i dieta.

27.III. 34. *Stan ust.* Chory podaje, że przed chorobą nie zauważył żadnych zmian w ustach. Obecnie 7+, 6+, 5+, 4+, 3+, 2+, 1+, +1, +2, +3, +4, 7—, 6—, 5—, 4—, 3—, 2—, 1—, —1, —2, —3, —4, —5, —6, —7, lekko rozchwiane. Szyjki zębów obnażone. Okolica górnych trzonowców silniej dotknięta okołozębicą, jak reszta. Korzenie podniebienne 7+, 6+, +6, +7 zupełnie obnażone. Dziąsło chorobliwie powiększone z cechami zapalenia. Przy nacisku wydostaje się z kieszonek ropa. Prócz tego dużo kamienia nazębnego. Z ust zalatuje silny zapach acetonu.

1.III. 34 r. Leczenie lokalne.

7.III. 1934 r. Wszystkie zęby prócz 7+, 6+, 5+, u których okołozębica zbyt daleko się posunęła, wykazują wzmocnienie. Ropienie ustąpiło, dziąsło mniejszych rozmiarów. Dalsze leczenie lokalne jak wyżej.

21.III. 34. Dalsza poprawa.

Przykłady historii chorób II grupy.

Przypadek 28.

F. S. Pomocnica domowa.

Anamnesa. Ojciec umarł w związku z chorobowymi komplikacjami prostaty. Dwóch braci ojca umarło z powodu cukrzycy. Pacjentka przechodziła z chorób jedynie dyfteryt w dzieciństwie.

Od czasu śmierci męża chora poświęciła więcej uwagi uczuciu zmęczenia i pragnienia.

Status. Wygląd zdrowy. Waga 85,7. Typ pykniczny. Poziom cukru we krwi 199 mg. %. Cholesteryny 148 mg. %, mocz +, acetonu — ślad.

Diagnosa: diabetes mellitus.

Terapia: insulina i dieta.

Stan ust z 21.II. 34 r. 7+, 6+, 5+, 4+, 3+, 2+, 1+, +1, +2, +3, +4, +5, +6, +7, 7—, 6—, 5—, 4—, 3—, 2—, —2, —3, —4, —5, —6, —7, okolica trzonowców wykazuje silną okołozębicę w związku z powyższym usunięto 1+, +1. Stan próchnicowy mały. Dziąsła w stanie silnego zapalenia, powiększone, dają się w płatach odchylić od podłoża. Silny ropotok. Do zębów przylegają zwały kamienia zielonkawego o miękkiej konsystencji.

1.III. 34 . Zęby lekko wzmocnione, dziąsła w stanie mniej zapalnym, słaby ropotok.

9.III. 34. dalsza poprawa.

14.III. 34. Ten sam obraz co wyżej. Nieusunięte masy kamienia drażnią w dalszym ciągu dziąsło, podtrzymując je w stanie przewlekłego zapalenia.

Przypadek 47.

F. V. 1895 r. Urzędnik pocztowy.

Anamnesa. Rodzina zdrowa. Pacjent przechodził wiele chorób w dzieciństwie. Przed sześciu laty dolegliwości wątrobiane. Już w lecie roku 1933 cierpiał pacjent z powodu silnego pragnienia, zbyt wielkiego apetytu i nadmiernego zmęczenia. Ilość oddawanego moczu przekraczała normalne granice.

Status. Typ atletyczny. Stan odżywienia bardzo dobry. Poziom cukru we krwi 0,168%, moczu 4,95%, acetonu —.

Stan ust. 22.II. 34. 5+, 4+, 3+, 2+, 1+, +1, +2, +3, +4, +5, 5—, 4—, 3—, 2—, 1—, —1, —2, —3, —4, —5, —6. Rozchwianie zębów drugiego stopnia. Górne trzonowce z powodu zbyt wielkiego rozchwiania usunięte przed dwoma miesiącami. Duże złogi kamienia. Dziąsła mocno przerośnięte, w stanie silnego zapalenia.

2.III. 34. Zęby lekko się wzmocniły, przerost dziąseł wybitnie się zmniejszył.

8.III. 34. Dalsza poprawa.

16.III. 34. Zapalenie dziąseł podtrzymuje nieusunięty kamień nazębny.

Przypadek 52.

O. M. ur. 1903. Pomocnica domowa.

Anamnesa. Ojciec zdrów. Matka popełniła samobójstwo. Ciotka matki chora na cukrzycę. Ostatnio cierpi pacjentka na pruritus vulvae, nudności, chęć wymiotowania, poczem napada ją zwykle silne pragnienie. Pacjentka czuje się niezdolną do pracy, oddaje wielkie ilości moczu.

Status. Wygląd dobry. Waga 87 kg. Typ pykniczny. Kolor skóry czerwony. Poziom cukru we krwi 280 mg. %. Cukromocz ++, aceton +, kwasu acetooctowego — ślady.

Diagnosa: diabetes mellitus.

Terapia: insulina i dieta.

Stan ust. 5.III. 34. Zęby w dosyć dobrym stanie 6+ i +6, usunięte z powodu zbyt wielkiego rozchwaniania. 1+ i +1 mocniej rozchwiane. Przy nacisku wydziela się z mocno zmienionego pod wpływem zapalenia dziąsła ropa. Język suchy, popękany.

15.III. 34. Dziąsło wykazuje poprawę 1+ i +1 wzmocnione, z kieszonek znikł ropotok.

21.III. 34. Dalsza poprawa.

Przypadek 55.

Z. E. ur. 1889. Kupiec.

Anamnesa. Ojciec umarł na nieznaną bliżej chorobę. Matka na tyfus abdominalis. Pacjent żadnych chorób nie przechodził. Od czasu do czasu odczuwa silne zmęczenie. Przy fistula ani odkryto przypadkowo cukrzycę.

Status: waga 84 kg. Typ pykniczny. Kolor skóry twarzy brzoskwiniowo-czerwony. Poziom cukru we krwi 253 mg. %, mocz + +, aceton +.

Diagnosa: diabetes mellitus.

Terapia: insulina i dieta.

Stan ust. 9.III. 34. 7+, 6+, 5+, 3+, 2+, 1+, +1, +2, +3, +4, +5, +7, 8—, 7—, 6—, 5—, 4—, 3—, 2—, 1—, —1, —2, —3, —4, —5, —6, —7, —8. Okołozębica poczyniła większe postępy w górnej szczęce, aniżeli w dolnej. Dziąsło w stanie zapalnym, chorobliwie powiększone. Na zębach kamień. Szyjki zębów obnażone.

16.III. 34. Zęby wzmocniły się cokolwiek. Zapalenie dziąsła straciło na intensywności, lecz w dalszym ciągu pozostaje gąbczaste o niebiesko-czerwonym kolorze.

25.III. 34 ten sam obraz co 16.III. 34.

U pacjentów nieleczonych można było stwierdzić rozchwianie zębów, obrzmiałe dziąsła z cechami zapalenia, miejscami wykazujące ropotok i rozpad tkanki, szczególnie groźny symptom, daleko posuniętej choroby. W zależności od stosowania ogólnego i lokalnego, czy też tylko ogólnego leczenia, otrzymałem dwa obrazy: Pierwszy wykazywał niewątpliwą poprawę, chyba, że powodem okołozębicy były inne przyczyny. Wystarczy jako przykład przytoczyć choćby przeciążenie. Zęby wzmacniały się znakomicie. Dziąsło, jakkolwiek niezupełnie normalne, nie wykazywało tak wielkich zmian jak u nieleczonego diabetyka, trochę gąbczaste, bez ropotoku lub rozpadu. Inaczej ma się rzecz u grupy drugiej. Widzimy poprawę, ale duże złogi kamienia nazębnego, pozostałe z okresu silnego wytrącania soli wapiennych, spowodowanych obecnością kwasów, drażnią w dalszym ciągu dziąsło, nie pozwalając oczekiwać tego samego rezultatu, co w grupie I-szej. Zainteresować powinien nas szczegół, zresztą bardzo ważny, czy każda cukrzyca wykazuje skłonność do okołozębicy, czy jest ona bezwarunkowym czynnikiem do jej powstania, co niniejszym chciałbym stwierdzić z niżej podanego zestawienia tabelarycznego o częstości okołozębicy powstającej w związku z cukrzycą.

	Nazwisko	Płeć	Wiek	Poziom cukru etc.	Stopień nasilenia okołozębicy
1.	B. B.	M.	62	Krew 210 mg % Cholesteryny 130 mg % mocz ++ aceton +	3
2.	R. H.	K.	50	Krew 210 mg % cholesteryny 130 mg % mocz 6,5 % aceton +	3
3.	H. A.	K.	50	Krew 221 mg % mocz + aceton +	2
4.	W. S.	M.	50	Krew 194 mg % mocz 3,8 %	2
5.	N. J.	M.	54	Krew 173 mg % mocz 1,60 %	2
6.	M. Cl.	K.	56	Krew 168 mg % mocz + aceton - ślad	3
7.	B. E.	M.	46	Krew 228 mg % mocz ++ aceton - ślad	3
8.	W. B.	M	41	Krew 205 mg % mocz + aceton - ślad	1—2
9.	Sch. J.	K	55	Krew 260 mg % mocz +	2
10.	R. B.	K	50	Krew 191 mg % mocz 2,82 % aceton - ślad	3
11.	K. F.	K	58	Krew 229 mg % mocz ++ aceton - ślad	3
12.	Sch. S.	K	47	Krew 183 mg % mocz +	2
13.	S. M.	K.	54	Krew 163 mg % cholesteryny 258 mg % mocz 2,6 % aceton - ślad	3
14.	F. R.	M	22	Krew 260 mg % mocz 7,25 % aceton +	0

	Nazwisko	Płeć	Wiek	Poziom cukru etc.	Stopień nasilenia okołozębicy
15.	W. K.	M	41	Krew 250 mg % cholesteryna 165 mg % mocz + aceton - ślad	2
16.	E. A.	M	39	Krew 174 mg % mocz ++	2
17.	G. R.	K	56	Krew 165 mg % mocz + aceton - ślad	3
18.	G. V.	K	46	Krew 309 mg % mocz ++ aceton - ślad	3
19.	B. E.	M	58	Krew 245 mg % mocz 4,48 %	3
20.	H. G.	21	56	Krew 200 mg % mocz + aceton - ślad	3
21.	M. E.	M	58	Krew 159 mg % cholesteryny 185 mg % mocz +	2
22.	Cl. J.	M	47	Krew 145 mg % mocz +	2
23.	M. J.	M	79	Krew 184 mg % cholesteryny 259 mg % mocz 1,45 %	2
24.	P. M.	K	38	Krew 202 mg % mocz 3,45% aceton +	0
25.	S. F.	M	58	Krew 167 mg % mocz + aceton - ślad	3
26.	G. L.	M	50	Krew 185 mg % mocz ++ aceton +	2
27.	Sch. P.	M	52	Krew 166 mg % mecz + aceton ++	3
28.	Sch. R.	K	50	Krew 199 mg % mocz + aceton - ślad cholesteryny 140 mg %	2

	Nazwisko	Płeć	Wiek	Poziom cukru etc.	Stopień nasilenia okołozębicy
29.	H. S.	K	56	Krew 160 mg % mocz + aceton + cholesteryna 170 mg %	2
30.	W. L.	M	27	Krew 258 mg % mocz 4,6% aceton +	0
31.	M. J.	M	56	Krew 170 mg % cholesteryny 222 mg % mocz +	0
32.	H. S.	K	55	Krew 166 mg % cholesteryny 259 mg % mocz + aceton +	2
33.	L. M.	K	49	Krew 235 mg % mocz + aceton - ślad	3
34.	S. J.	K	43	Krew 196 mg % mocz + aceton - ślad	2
35.	F. M.	K	48	Krew 184 mg % mocz +	2
36.	R. K.	M	53	Krew 210 mg % cholesteryna 230 mg % mocz + aceton - ślad	2
37.	H. E.	M	25	Krew 305 mg % mocz 4,65% aceton +	0
38.	M. P.	K	38	Krew 205 mg % mocz +	2
39.	B. Cl.	M	60	Krew 176 mg % mocz + aceton +	3
40.	L. M.	K	57	Krew 196 mg % mocz + aceton - ślad	3
41.	P. R.	K	51	Krew 207 mg % cholesteryna 185 mg % mocz + aceton +	3

	Nazwisko	Płeć	Wiek	Poziom cukru etc.	Stopień nasilenia okołozębicy
42.	L. M.	M	44	Krew 230 mg % mocz + aceton +	2
43.	N. F.	K	38	Krew 185 mg % mocz + aceton - ślad	2
44.	J. B.	M	20	Krew 295 mg % aceton ++ kwas acetooctowy +	0
45.	Sch. C.	M	41	Krew 260 mg % mocz + aceton - ślad	3
46.	E. E.	M	62	Krew 191 mg % mocz 13,21 % aceton ++ kwas acetooctowy +	3
47.	H. P.	M	65	Krew 279 mg % mocz 7,24 % aceton ++ kwas acetooctowy - ślad	3
48.	F. V.	M	39	Krew 168 mg % mocz 4,95 % aceton +	2
49.	P. A.	M	61	Krew 210 mg % mocz + aceton +	2
50.	B. G.	M	68	Krew 192 mg % mocz 2,24 % aceton - ślad	3
51.	L. A.	M	44	Krew 182 mg % mocz ++ aceton + kwas acetooctowy - ślad	0
52.	St. A.	K	64	Krew 265 mg % mocz 3,9 % aceton +	3
53.	O. M.	K	31	Krew 280 mg % mocz ++ aceton + kwas acetooctowy - ślad	2
54.	H. G.	K	57	Krew 190 mg % mocz ++ aceton - ślad	3

	Nazwisko	Płeć	Wiek	Poziom cukru etc.	Stopień nasilenia okołozębicy
55.	K. D.	M	53	Krew 230 mg % mocz ++ aceton +	0
56.	L. E.	M	45	Krew 253 mg % mocz 8,2 % aceton +	3
57.	M. J.	K	47	Krew 216 mg % mocz + aceton +	2
58.	K. E.	M	48	Krew 210 mg % cholesteryny 189 mg % mocz ++ aceton +	3
59.	Fr. M.	K	56	Krew 185 mg % mocz + aceton +	3
60.	G. M.	K	33	Krew 298 mg % mocz ++ aceton + kwas acetooctowy	1
61.	D. Z.	K	53	Krew 205 mg % mocz 3,4% aceton - ślad	3
62.	H. G.	M	46	Krew 195 mg % mocz + aceton +	2
63.	N. P.	K	58	Krew 179 mg % mocz +	3
64.	L. M.	K	42	Krew 185 mg % mocz + aceton - ślad	0

Z zestawienia tabelarycznego wynika, że na 63 przypadków tylko 9 nie wykazywało najmniejszego śladu okołozębicy. Z tego wynikało by, że powstawanie okołozębicy niekoniecznie musi być uwarunkowane konstytucyjnym schorzeniem. Osobliwy dział zajmują młodociani osobnicy. Z 9 negatywnych wyników było 5 młodych ludzi w wieku lat 17 do 27; ci najmniejszym śladem nie zdradzali skłonności do okołozębicy, wykazując jedynie tylko suchość w ustach i zaczerwienienie śluzówki z powodu zbyt wielkiej ilości oddawanego moczu.

Poświęciwszy dużo uwagi wpływowi cukrzycy na jamę ustną, zajmiemy się z kolei wpływem jamy ustnej na cukrzycę. Często zda-

rza się, iż mimo leczenia specyficznego, poziom cukru we krwi uparcie pozostaje wysoko, natomiast przypadkowe usunięcie dokuczających zębów, wykazujących zmiany przywierzchołkowe przyczyniało się do raptownego spadnięcia cukru we krwi. Przykład ten zmusza nas więcej poświęcić uwagi zagadnieniom zakażenia ogniskowego. Skądinąd wiemy, że aktywność ogniska u osobnika zdrowego zależy od dwóch faktorów. Od złośliwości bakterii i odporności organizmu. U diabetyków mamy z jednej strony idealne podłoże dla wylęgu drobnoustrojów, z drugiej zaś strony ogólne obniżenie odporności. O ile ogniska u człowieka zdrowego mogą długie lata być w stanie uśpienia, o tyle u diabetyków są one groźnym memento dla zdrowia i życia. Celem uniknięcia bezładnego usuwania zębów w wypadku radykalnego leczenia, uciekamy się do metody prowokacji ognisk według Küchlin'a i Gutzeita, która polega na obserwowaniu opadania krwinek według Westergrena, po uprzednim wystawieniu poszczególnych zębów na działanie fal krótkich. W razie wybitnego pogorszenia się stanu choroby, po prowokacji danego zęba, prawie że z całkowitą pewnością przystępujemy do leczenia lub też usunięcia takowego. Głośnym był swego czasu fakt raptownego zniknięcia cukrzycy u popularnego proroka Indii Mahatmy Ghandiego, po usunięciu ostatniego zęba. Z chwilą poruszenia kwestii usuwania zębów, omówimy zagadnienie zabiegów chirurgicznych z uwzględnieniem cukrzycy. Powikłanie, występujące po operacji w postaci ogólnego zatrucia, aż do śpiączki cukrzycowej włącznie, łatwo przechodzi w zakażenie ogólne. Nawet u ludzi zdrowych badanie pooperacyjne krwi wykazuje przesunięcie się wartości PH w kierunku kwasicy, skutkiem zachwiania się równowagi białkowej, spowodowanej nagłym wchłonięciem masy białka z uszkodzonych tkanek rany pooperacyjnej. Ilość wchłoniętego białka zależy od rozległości pola operacyjnego. Stan ten pogarsza się wybitnie skutkiem utraty na pewien czas po operacji własności odtruwających wątroby. Z powyższego łatwo jest wywnioskować, jak b. ostrożnie należy pracować u diabetyków celem uniknięcia gniecenia i szarpania tkanek. Dzięki insulinie jesteśmy w stanie przeciwdziałać samozatruciu. W wypadku gdzie istnieje spadek wagi, należy przed zabiegiem chirurgicznym wstrzyknąć 30—40 jednostek insuliny pro die, jeżeli takowego nie ma, wystarczy 10 do 20 jednostek. Dawki te należy indywidualizować dla uniknięcia hypoglykemii i śpiączki insulinowej. Pominąwszy jakość środka nasennego lub znieczulającego, odgrywa również wielką rolę czas i ilość stosowanego środka. Na kilka dni przed operacją zajmujemy się profilaktycznym przygotowaniem pacjenta. Zaraz po operacji stosujemy tę samą dawkę insuliny, co przed operacją, 500 cm^3 glukozy izotonicznej dożylnie, plus glukozę podskórnie w ilości odpowiadającej wadze jednego posiłku, konsumowanego zwykle przez chorego.

Po dokładnym przygotowaniu, unikaniu miażdżenia tkanek, jesteśmy w stanie uniknąć groźnych komplikacyj, związanych z zabiegiem. Zębolecznictwo zachowawcze ma również trudne zadanie do spełnienia. Szybko rozszerzająca się próchnica, która, zdaniem uczo-

nych spowodowana jest kwaśną reakcją oraz dobrymi warunkami wegetacji bakteryj, odgrywających pewną rolę w etiologii próchnicy, wymagają stałej kontroli. Wybór materiałów do wypełnienia ubytków musi być troskliwie zastosowany.

Wypełnienia cementowe lub krzemowe jako szybko wymywające się, w związku z kwaśną reakcją — należy rzadko stosować. Każda niedokładność np. odstający brzeg plomby, może być punktem wyjścia do komplikacji w okołozębiu.

Często zdarza się, że pacjent zjawia się w naszej ordynacji, uskarżając się na ból zęba, nietkniętego próchnicą. Bliższe badanie wykazuje zgorzel miazgi, przy zupełnie nietkniętych próchnicą tkankach twardych. Zęby reagują na bodźce, jak wogóle przy innych chorobach przemiany materii, o wiele słabiej. Wybór zębów, które mają służyć jako filary dla mostków, klamer, wymaga maksimum ostrożności. Dla uniknięcia odleżyn należy posługiwać się wyciskami, gwarantującymi jak najdokładniejszy rozkład sił na śluzówkę i szczękę, która specjalnie przy cukrzycy ulega szybko zanikowi.

Usuwanie kamienia nazębnego poprzedza przestrzykiwanie rozpryskiwaczem kwaso-węglowym lub tlenowym; unikamy w ten sposób zadraśnięć, które nawet przy jak najzręczniejszych rękoczynach z trudem dadzą się uniknąć. Z chwilą ogólnej poprawy przystępujemy śmielej do usuwania kamienia, przy czym należało by zamiast szczoteczek używać dysków gumowych.

Jak różniczkujemy okołozębicę zwykłą od okołozębicy cukrzycowej.

1. a) Przy zwykłej okołozębicy ulegają rozchwianiu zęby lub grupy zębów; proces rozpoczyna się zwykle w dolnym odcinku przednich zębów;
   b) przy cukrzycy ulega schorzeniu równocześnie większa ilość zębów, a nawet cała szczęka; proces rozpoczyna się zwykle w górnej szczęce w okolicy trzonowców. (Da się to obiaśnić większą porowatością górnej szczęki i jej większym unaczynieniem. Ponieważ powierzchnia zetknięcia się krwi z jej kwaśnymi produktami, z kością jest większa, przeto proces rozpuszczania się zębodołu postępuje o wiele szybciej, niż to ma miejsce w dolnej szczęce).
2. a) Kamień nazębny zwykły jest twardy, silnie do zęba przylegający, o barwie przeważnie ciemno-żółtej;
   b) przy cukrzycy jest on jaśniejszy, bardziej miękki, gąbczasty, a za tym łatwiejszy do usunięcia.
3. a) Leczenie zwykłej okołozębicy daje w krótkim czasie zadawalające wyniki;
   b) przy diab. mellitus leczenie lokalne bez ogólnego nie przynosi ulgi; usunięty kamień nazębny zostaje szybko zastąpiony przez nowy.

4. a) Zwykła okołozębica ma przebieg wolniejszy. Obnażone korzenie są gładkie, naogół wszystko przebiega bezboleśnie;
   b) przy okołozębicy cukrzycowej towarzyszą procesowi rozchwiewania, silne bóle, powierzchnie korzeni wykazują errozje, szyjki zębów próchnicę.
5. a) Rany poekstrakcyjne przy zwykłej okołozębicy goją się spontanicznie;
   b) przy cukrzycy ekstrakcje nie przynoszą ulgi i rana krwawi mocno i źle się goi.

Reasumując powyższe badania, dochodzimy do następujących wniosków:

1) na podstawie mojego materiału wynika, że 86% diabetyków cierpi na okołozębicę;
2) z ekstrakcjami nie należy się zbytnio śpieszyć, ponieważ z leczeniem ogólnym objawy chorobowe tak dalece się cofają, że ekstrakcje mogą okazać się zbyteczne;
3) skłonności do zmian okołoszczytowych wymagają częstej kontroli rentgenologicznej;
4) w wypadku nieleczenia ognisk wynik leczenia ogólnego może okazać się niezadawalający. Usunięcie względnie leczenie ognisk jest nieodzowne;
5) znieczulenia miejscowe i przewodowe w zupełności wystarczają i dają dobre rezultaty;
6) wszelki zabieg musi być przesadnie czysto przeprowadzony;
7) należy ze wszech miar unikać miażdżenia tkanek. Gojenie odbywa się bowiem wolno, powodując niebezpieczeństwo infekcji;
8) w wypadku podejrzenia o cukrzycę należy pacjenta jak najszybciej przekazać specjaliście, dopiero później można przeprowadzić sanację ust;
9) stała i częsta kontrola jest nieodzownym warunkiem racjonalnego leczenia.

PIŚMIENNICTWO.

Auerbach U. Paradentose und Fokalinfektion. Zahnärztl. Rundsch. 1931. No. 46.

Bauer W. und Halshofer L. Veränderungen der Kiefer und Zähne durch Zuckerverabreichung. Ztschr. f. Stom. 1933. S. 1359 u. 1395.

Beiträge zur vergleichenden und pathologischen Anatomie des Zahnfleischwalles. (Vierteljahrschrift f. Zahnheilkunde).

Berberich Joseph. Lehrbuch der Mund- und Rachenkrankheiten.

Berberich Z. Hals-usw. Heilkunde. 1926. H. 15.

Breuer Karl. Stoffwechseluntersuchungen bei Erkrankung des Paradentiums. Ztschr. f. Stom. 1933. S. 982.

Deutsche Med. Wschr. 1929. S. 313.
Diabetes und Mundkrankheiten. Dtsch. Zahnärztl. Wschr. 1929. S. 218—227.
Die Paradentose als Symptom innerer Krankheit. Med. Welt. 1929. No. 19.
Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der sog. Al. pyorrhoe. Deutsche Zahnheilkunde. 1925. Heft 66.
Die Rolle des Rest N. Blutzucker, Kalium, Kalzium im Blute bei Paradentosekranken. Ztschr. f. Stom. 1931. S. 1243.
D o m a r u s. Handbuch der inneren Medizin. 1929.
L a n d o i s - R o s e m a n n. Lehrbuch der Physiologie. 1929.
L i n d e n b a u m L. M. Zur Pathogenese der Paradentose. Ztschr. f. Stom. 1933.
Le traitement des accidents bucco-dentaires des diabetiques par l'insulin. La revue odontologique. 1926. p. 397—399.
M i s c h Julius. Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde. 1923.
v. M i k u l i c z und K ü m m e l. Krankheiten des Mundes. 1922.
N o t h m a n n. Paradentose und innere Sekretion. Paradention II. 1930. No. 2
N o t h m a n n u. V o i t. Stoffwechseluntersuchungen bei Paradentose. Paradentium II. 1931. No. 1.
Mme. O p p e n o t. Contributions à l'étude du Ph. salivaire. Thèse de Paris. 192.9
P o r t und E u l e r. Lehrbuch der Zahnheilkunde. 1934.
S c h e f f's Handbuch der Zahnheilkunde. 1910. II. Teil.
S t r ü m p e l l A. Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. 1930.
Ueber die Erscheinungen des Diab. mell. in der Mundhöhle. Dtsch. Zahnärztl. Wschr. 1907. S. 909.
Ursächliche und auslösende Faktoren des Diabetes mellitus bei 2100 Kranken. Klinische Wschr. 1931. H. 10. S. 5359.
W e i n m a n n J. Stoffwechselbefunde bei der diffusen Atrophie des Alveolarfortsatzes. Ztschr. f. Stom. 1930. No. 12.

—————o—————

Dział streszczeń

G. KORKHAUS i FR. NEUMANN. Rozrost szczęk podczas zmiany siekaczy i wczesne regulacyjne rozszerzanie szczęk. Das Kieferwachstum während des Schneidezahnwechsels und die orthodontische Frühdehnung. (Fortschritte der Orthodontik 1931—1).

Najczęstszym zjawiskiem wśród anomalii szczękowych są nieprawidłowości zwężenia szczęk, za wyjątkiem tych anomalii, które powstają na tle extrakcji zębów. Powstanie zmian w szczęce, jak wykazały badania K a n t o r o w i c z a, sięga jeszcze okresu niemowlęcego. Szczęka u dzieci rachitycznych ulega zniekształceniu pod wpływem ssania smoczka i palca jeszcze w tym okresie, kiedy zęby mleczne się nie wyrznęły. Zmiany wyrostka zębodołowego wpływają niewątpliwie na układ zębów mlecznych i na kształt łuku zębowe-

go. Zwężenie szczęki i wysunięcie zębów górnych ku przodowi w uzębieniu mlecznym nie jest rzadkością; ta anomalia przenosi się i na uzębienie stałe, ale zwężenia szczęki z nieprawidłowo ustawionymi przednimi zębami przy zębach mlecznych nie zauważono; dopiero w czasie zmiany przednich zębów mamy właściwy obraz anomalii zwężonej szczęki zwanej kompresją szczękową. Bogactwo form różnorodnych obrazów kompresji przedniego odcinka łuku zębowego daje bardzo wiele zmieniających się możliwości w ustawieniu zębów przednich. Kantorowicz te anomalie dzieli na 3 grupy, przytem I grupę dzieli jeszcze na 6 typów w zależności od ułożenia względem siebie 4 przednich zębów.

W normalnych warunkach nie odczuwa się braku miejsca przy zmianie siekaczy mlecznych na stałe, gdyż między 4—6 rokiem życia w przedniej części łuku zębowego powstają luki jak w szczęce górnej tak dolnej, które tworzą miejsce dla zębów stałych. Te luki są równomierne pomiędzy poszczególnymi mlecznymi siekaczami, między siekaczami a kłami, a czasem i dystalnie od kła; luki są prawie tej wielkości, która odpowiada różnicy między mlecznym a stałym siekaczem. Wedle obserwacji wielu autorów jak Joung, Zieliński, Bogue, Opler i Schwarz zupełny lub częściowy brak luk między 4—5 rokiem życia jest objawem anomalii szczękowej i polecali profilaktyczne rozszerzenie szczęk na 6 mm w górnej i 4 mm w dolnej szczęce (Schwarz). Korkhaus i Neumann na zasadzie pomiarów czynionych na modelach stwierdzili, że prawidłowe harmonijne ustawienie siekaczy nie zawsze poprzedza tworzenie się luk. Pomiary wykazały, że w czasie zmiany przednich zębów następuje wzrost przedniego odcinka łuku szczękowego w kierunku poprzecznym i strzałkowym. To rozszerzenie się łuku zębowego rozpoczyna się przed zmianą siekaczy i osiąga pokaźne rozmiary przy całkowitym wyrzynaniu się stałych siekaczy. Najwięcej rozszerza się poprzeczna odległość pomiędzy mlecznymi kłami, im bardziej dystalne odcinki łuku zębowego weźmiemy, tym mniejsze wartości wykazuje rozszerzenie szczęki. Np. przy I mlecznych trzonowcach rozszerzenie jest mniejsze niż przy kłach, a przy I trzonowcu stałym (szóstym) prawie nieznaczne. Ten poprzeczny rozrost przedniego odcinka łuku zębowego jest zjawiskiem fizjologicznym i wynosi przeciętnie od 3—4 mm a czasem dosięga i 7 mm, a może nawet więcej odpowiednio do większej różnicy pomiędzy szerokością mlecznych i stałych zębów. Badania wykazały również, iż w miarę wyrzynania się środkowych siekaczy powstaje w szczęce silny bodziec do rozrostu, który powoduje, że przy całkowitym wyrzynaniu się środkowych siekaczy prawie 9/10 tego procesu jest już dokonane. Maximum naturalnego rozszerzenia przypada w okresie wyrzynania się środkowych siekaczy; również w wypadkach kompresji szczękowej poprzeczne rozszerzenie jest większe, aniżeli w wypadkach normalnego tworzenia się luk. Pomiary w kierunku strzałkowym wykazały, iż wzrost strzałkowy bywa zmiennej wielkości; w jednych wypadkach powiększenie w kierunku strzałkowym wyrównuje powię-

kszenie wszerz na tyle, aby siekacze stałe mogły się ustawić; w innych wypadkach przy tworzeniu się luk wzrost w kierunku strzałkowym jest tak samo wielki jak w kierunku poprzecznym. Zmiany przedniego odcinka co do wielkości i wyglądu mogą być tak wielkie, iż mimo braku luk fizjologicznych jest możliwym harmonijne ustawienie stałych siekaczy. Badania tych autorów wykazały również, iż istnieje pewien stosunek w różnicy wielkości siekaczy mlecznych i stałych; jeżeli ta różnica w szerokości jest nieznaczna, to pomimo braku luk następuje normalne ustawienie się zębów; natomiast przy znacznej różnicy, to nawet przy istnieniu luk ledwo może nastąpić zupełne wyrównanie. Brak luk nie jest objawem patologicznym, a tworzenie się luk nie jest również objawem normalnego rozwoju; w I wypadku oznacza ono małą różnicę w szerokości pomiędzy mlecznymi a stałymi siekaczami, a w II wypadku, to tworzenie się luk jest wstępem do rozwoju przedniego odcinka zębowego. Jeżeli różnica w szerokości siekaczy stałych i mlecznych jest wielka, to w szczęce samej powstają wcześniej niezbędne warunki dla umieszczenia szerszych siekaczy i rozwój przedniego odcinka wymaga odpowiednio dłuższego czasu. Zaczyna się ono na rok lub 2 przed zmianą siekaczy i charakteryzuje się zjawieniem się luk między mlecznymi zębami. We wszystkich wypadkach normalnego rozwoju szczęki z tworzeniem się luk różnica w szerokości siekaczy wahała się od 7-iu do 9½ mm, a przy różnicy od 9½ do 10½ mm, naturalny rozwój wyrównać nie mógł i dlatego w tych wypadkach pomimo znacznego rozszerzenia przedniej krzywizny nastąpiło ciasne nieprawidłowe ustawienie się zębów.

Wyniki powyższych badań mają znaczenie w leczeniu ortodontycznym. Rada wielu autorów, aby w każdym wypadku braku luk zastosować wczesne rozszerzenie, jest nieracjonalne i niecelowe, gdyż w wielu wypadkach brak fizjologicznego tworzenia się luk nie jest oznaką nienormalnego rozwoju, jak to badania wykazały. W zupełnie utrzymanym zgryzie mlecznym rozszerzenie należy przeprowadzić jedynie w tych wypadkach, w których stwierdza się znaczne zwężenie; jeśli niema zwężenia, należy w wypadku braku luk czekać, aż do wyrznięcia się siekaczy, gdyż do tego okresu w 9/10 wypadkach możliwym jest naturalne rozszerzenie przedniego odcinka zębowego; i dopiero przez porównanie szerokości stałych środkowych siekaczy z szerokością poprzednich zębów pozwala wnioskować czy należy się spodziewać prawidłowego ustawienia siekaczy czy nie.

Jako aparaty dla wczesnego rozszerzenia poleca się aparaty współczesne, które zezwalają na bardzo delikatne dawkowanie siły. K o r k h a u s poleca łuk lingualny ze sprężynkami powrotnymi bocznymi. S c h w a r z poleca Stanton - Bimsztein rozszerzacz. Bardziej racjonalnym jest łuk labialny Ainsworth'a, który ma tę zaletę, że działa również i na zęby przednie.

Str. *T. Lipkin.*

Dr. HELD. Okołozębica a starcie zębów. Paradontose u. Abrasio. (Zahnärztliche Rundschau Nr 5 1938).

Kliniczne obserwacje wskazują nam z jednej strony na b. częste przypadki wczesnej okołozębicy, z drugiej zaś strony na względnie rzadkie starcie zębów. Autor zastanawia się, czy aby niema pewnej zależności między tymi dwoma zjawiskami.

Starcie zębów (abrasio) powstaje albo przez ścieranie się powierzchni zębów, albo wskutek ścierania zębów przez ciała obce. Zależy ono od budowy zębów, od artykulacji i wygięcia łuków szczękowych danego indywiduum, a przede wszystkim od sposobu odżywiania.

Spotykane obrazy są różne. Inne u zwierząt mięsożernych, inne u owadożernych. Np. u lisa abisyńskiego, żywiącego się wyłącznie mięsem można zaobserwować tak silne starcie, że poszczególne zęby jednej szczęki zupełnie nie dotykają antagonistów. Tygrys, aczkolwiek również mięsożerny, połyka mięso, nie ruszając zupełnie kości; nie ma więc startych zębów. Również u przeżuwaczy, małp (przeważnie typ Macacus) można zaobserwować silne starcie. Nietypowe starcie zdarza się u zwierząt, które żyją w warunkach anormalnych (np. zwierzęta w ogrodzie zoologicznym).

Badania nad czaszką człowieka wykazują, że do epoki neolitycznej starcie było zjawiskiem stałym.

Dziś starcie zębów u ludzi cywilizowanych zanika zupełnie, okołozębica występuje o wiele częściej.

Warunkiem niezbędnym dla pojawienia się starcia zębów jest ich mocne osadzenie w wyrostku zębodołowym. Jakość substancji zębodołowej odgrywa rolę drugorzędną. Wrodzone niedomogi tkanek okołozębowych przeszkadzają tworzeniu się starcia, które (nawet gdy tkanki są zdrowe), występuje w niesprzyjających dla siebie warunkach anatomicznych (np. wady zgryzu).

Autor kończy pytaniem czy zjawisko „abrasio" wskazuje na stałą tendencję do dalszego ścierania się zębów. Badania antropologiczne wykazują jednak pewną stałość wysokości zgryzu. Natura dąży do utrzymania okkluzji na pewnym stałym poziomie.

str. *Franciszka Jarlicht.*

---o---

SPRAWY ZAWODOWE.

Z życia organizacyjnego Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej.

Dnia 12. czerwca b. r. odbył się w Warszawie w auli Akademii Stomatologicznej Zjazd Rady Delegatów Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej.

W Zjeździe wzięło udział 69 delegatów ze wszystkich ośrodków organizacyjnych, a mianowicie z Krakowa, Łodzi, Sosnowca, Pozna-

nia, Grodna, Lublina, Lidy, Wilna, Kalisza, Piotrkowa oraz z terenu województw pomorskiego, śląskiego, warszawskiego i m. st. Warszawy.

Przedmiotem obrad było:

1-o złożenie sprawozdania ogólnego, organizacyjnego, zawodowego i finansowego tym. Zarządu Głównego, którego funkcję pełnił zarząd Oddziału warszawskiego;

2-o rozpatrzenie projektu zmiany statutu Stowarzyszenia;

3-o przegląd prac Zarządu Stow. nad organizacją izb lekarsko-dentystycznych;

4-o wybory członków Zarządu Głównego, głównej komisji rewizyjnej i sądu organizacyjnego.

W wyniku obrad wszechstronnej i żywej dyskusji podjęto następujące uchwały:

Odnośnie projektu zmian statutu przedłożonego przez Zarząd i referowanego przez kol. J. Łączyńskiego, Zjzad przyjął i zatwierdził przedstawione tezy oraz, na wniosek Zarządu, dokonał wyboru komisji statutowej o składzie osobowym kol. kol. Barwiński, Dominik, Hirsz, Iżycka-Herman, Kalisz, Konstantin, Krzywicki, Łączyński, Meloch, Neyman, Orłowski, Szajewski i Świderski — dla ostatecznego opracowania statutu.

Odnośnie prac Zarządu nad organizacją izb lekarsko dentystycznych Zjazd potwierdził w całości i bez zastrzeżeń dotychczasowe posunięcia Zarządu w tej sprawie, tudzież udzielił Zarządowi Głównemu nieograniczonych w tych sprawach pełnomocnictw z tym, że decyzje Zarządu Głównego w tych sprawach podjęte, będą wiążące wszystkich absolwentów.

W wyniku przeprowadzonych wyborów skład osobowy władz Stowarzyszenia przedstawia się następująco:

Zarząd Główny. Członkowie: Barwiński Wacław— Sosnowiec, Dziewulska Jadwiga — Lublin, Hirsz Marcin — Kościerzyna, Kalisz Mieczysław — Łódź, Karwowski Ildefons — Grodno, Łączyński Julian — Pabianice, Nehrebecki Oktawian — Bydgoszcz,, Neyman Witold — Poznań, Rutkowski Feliks — Poznań, Świderski Michał — Kalisz, Borusiewicz Franciszek, Charula Maria, Janowicz Bohdan, Konstantin Juliusz, Krüger Stefan, Meloch Maksymilian, Orłowski Stefan i Szajewski Janusz (wszyscy z Warszawy).

Zastępcy: Gilewicz Adam — Sanok, Iżycka - Herman Irena — Wilno, Kaliszowa - Kanarska — Łódź, Pyrka Manswet — Kraków, Rotter Mieczysław — Lwów, Stankiewicz Witold — Tarnowskie Góry, żarczyński Józef — Wawer, Krzywicki Janusz i Maksajdowska Stefania — Warszawa.

Główna Komisja Rewizyjna. Członkowie: Brzeziński Mieczysław, Fiszhaut Stanisław i Grzybowski Stefan (wszyscy z Warszawy). Zastępcy: Słońska Halina i Sylwestrowicz-Fiłatow Alina (Warszawa).

Sąd Organizacyjny. Członkowie: Chełchowski Stanisław — Łomża, Parczyński Eugeniusz — Zduńska Wola,

Sirociński Mikołaj — Poznań, Danek Artur, Galasińska-Landsbergerowa Janina, Grzybowska Antonina, Liebeskind Marceli — wszyscy z Warszawy. Zastępcy: Antoniewicz Helena — Kraków, Bujanowska Zofia — Warszawa i Golc Stefan — Łódź.

Komitet Redakcyjny Dwumiesięcznika Stomatologicznego: Galasińska - Landsbergerowa, Konstantin Juliusz, Krüger Stefan, Łączyński Julian, Meloch Maksymilian, Szajewski Janusz i Szepelski Konrad.

———o———

Dnia 26. czerwca b. r. w auli Akademii Stomatologicznej w Warszawie odbyło się pierwsze po dokonanych na Zjeździe Rady Delegatów wyborach posiedzenie Zarządu Głównego.

Na porządku dziennym obrad znalazły się między innymi następujące sprawy: 1-o ukonstytuowanie się Zarządu Głównego, komitetu wykonawczego tegoż zarządu, wybór przewodniczących poszczególnych komisyj oraz komitetu redakcyjnego „Dwumiesięcznika Stomatologicznego“; 2-o wybór i zatwierdzenie kandydatów do rad okręgowych izb lekarsko dentystycznych.

Prezesem Zarządu Głównego wybrano przez aklamację kol. J. Łączyńskiego. Wiceprezesami — kol. kol. J. Szajewskiego i F. Rutkowskiego. Skarbnikiem — kol. S. Krügera. Sekretarzem generalnym— kol. J. Konstantina. Sekretarzem — kol. B. Janowicza.

W skład komitetu wykonawczego Zarządu Głównego weszli kol. kol. Łączyński, Szajewski, Rutkowski, Krüger, Konstantin, Janowicz, Dziewulska i Kalisz.

Przewodniczącymi komisyj obrano: organizacyjnej — kol. Łączyńskiego; zawodowej i biura porad prawnych — kol. Melocha; samopomocowej — kol. Neymana; naukowej — kol. Maksajdowską; regulaminowej—kol. Orłowskiego; biura porad skarbowych — kol. Krzywickiego, a biura pośrednictwa pracy — długoletniego zasłużonego kierownika tegoż biura — kol. żaczyńską.

Dwumiesięcznik Stomatologiczny. Redaktor Naczelny — kol. Konstantin, Wydawca: upr. przedstawiciel — kol. Krüger, Redaktor odpowiedzialny za dział naukowy — kol. Szepelski; członkowie: kol. kol. Galasińska-Landsbergerowa, Łączyński, Meloch i Szajewski.

Odnośnie składu osobowego i ilościowego kandydatów do rad okręgowych izb lekarsko dentystycznych Zarząd Główny zatwierdził je i upoważnił komitet wykonawczy Zarządu do przedstawienia tychże „Blokowi wyborczemu do izb lekarsko dentystycznych“ z tym, że jest to minimum postulatów Stowarzyszenia. Poza tym Zarząd Główny w tej samej sprawie dał komitetowi wykonawczemu Zarządu niektóre wiążące dyrektywy i upoważnił tenże komitet do podejmowania we własnym zakresie poszczególnych decyzyj.

———o———

Z KRAKOWSKIEGO ODDZIAŁU STOWARZYSZENIA ABSOLWENTÓW AKADEMII STOMATOLOGICZNEJ.

W dniu 23. marca b. r. odbyło się w Krakowie zebranie infarmacyjno-dyskusyjne lekarzy dentystów Województwa Krakowskiego, na którym referat o Izbach lekarsko-dentystycznych wygłosił delegat Zarządu Głównego Kol. J. Łączyński.

Po referacie odbyło się zebranie, na którym ukonstytuował się wybrany Zarząd Krakowskiego Oddziału Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej w następującym składzie:

Prezes: Kazimierz Dominik, Kraków, Zyblikiewicza 5, Tel. Nr. 201.21.

Wiceprezes: Herman Baldinger, Kraków, Potockiego 12, Tel. Nr. 158 - 30.

Sekretarz: Halina Antoniewicz, Kraków, Rakowicka 4, Tel. Nr. 200 - 87.

Skarbnik: Jan Gauza, Kraków, Karmelicka 6, Telefon Nr. 121-92.

Zastępcy: Bluma Mindelgrün - Fischerowa, Nowy Targ, Rynek 23 I piętro. Telefon Nr. 39. Artur Kornreich, Nowy Sącz, Szwedzka 3.

Komisja Rewizyjna: Jan Jaśkiewicz, Kraków, Floriańska 19. Tadeusz Rowiński, Kraków, Straszewskiego 26, Telefon Nr. 102-39. Krystyna Dąbrowska, Trzebinia.

W związku z wyborami do Izb lekarsko-dentystycznych koniecznym jest by wszyscy Kol. Kol. znaleźli się w szeregach naszego Stowarzyszenia.

W tym też celu wszyscy dotąd niezorganizowani lekarze dentyści Województwa Krakowskiego otrzymają po 2 deklaracje człokowskie, które po wypełnieniu winne być zwrócone sekretarzowi: (Halina Antoniewicz, Kraków, ul. Rakowicka L. 4), gdzie też należy kierować wszelką korespondencję.

H. Antoniewisz, sekretarz.

PRAWO A ŻYCIE.

Lek. stom. J. ŁĄCZYŃSKI. *Pabianice.*

Sprawa używania przez uprawnionych techników dentystycznych nielegalnego tytułu „dentysta".

W wykonaniu uchwały III Zjazdu Absolwentów b. P. I. D. obecnie A. S., odbytego w dniach 31.X. i 1.XI. ub. roku (patrz Dwumies. Stomat. Nr 6 z r. 1937 str. 574), protestującej przeciw pogwałceniu przepisów Rozp. Prez. Rzpltej o wykonywaniu praktyki dentystycznej, jakie ma miejsce od szeregu lat w fakcie używania przez uprawnionych techników dentystycznych tytułu „dentysta" — Zarząd na-

szego Stowarzyszenia zwrócił się w marcu b. r. z odpowiednim pismem do Ministerstwa Opieki Społecznej w tej sprawie, a następnie kilkakrotnie interweniował.

Na skutek tych starań i zabiegów, Ministerstwo Opieki Społecznej wydało zarządzenie, polecające zdejmowanie szyldów z napisem „dentysta", co znowu z kolei spowodowało kontrakcję t. zw. „Związku Dentystów Zachodnich Ziem Rzeczypospolitej" i to początkowo w postaci depeszy do Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, a następnie w postaci protestacyjnego zjazdu tegoż związku, odbytego w Poznaniu dnia 29-go maja b. r.

Uzasadnienia rezolucji zjazdowych mijały się ze stanem faktycznym i prawnym w tej sprawie i w tej formie znalazły szeroki odgłos w prasie, która siłą faktu bez jej winy, poinformowała wadliwie opinię publiczną; w konsekwencji rezolucje zjazdowe zmierzały do storpedowania naszej w tej sprawie akcji i przyznania panom „dentystom" jakichś „dożywotnich", nieprzewidzianych prawem, uprawnień, godzących przede wszystkim w najżywotniejsze interesy ogółu lekarzy-dentystów, praktykujących na terenie Ziem Zachodnich.

W tych warunkach, po porozumieniu się z Zarządem Związku Stomatologów i Lekarzy Dentystów Ziem Zachodnich Rzeczypospolitej — uznaliśmy za konieczne złożenie Panu Ministrowi Opieki Społecznej wspólnego, wyczerpującego memoriału kładącego kres nieuzasadnionym roszczeniom uprawnionych techników dentystycznych, mieniących siebie nieprawnie „dentystami". Niezależnie od powyższego złożyliśmy ostatnio prośbę do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o zmianę nazwy związku z uwagi na posługiwanie się w niej tym niedozwolonym tytułem „dentysta".

Treść złożonego memoriału brzmi, jak następuje:

DO

PANA MINISTRA OPIEKI SPOŁECZNEJ

w Warszawie.

Stowarzyszenia Absolwentów
Akademii Stomatologicznej
i
Związku Stomatologów i Lekarzy Dentystów
Ziem Zachodnich Rzeczypospolitej.

MEMORIAŁ.

Dnia 29 maja b. r., jak świadczą załączone odpisy artykułów czasopism „Dziennik Poznański" i „Kurier Poznański" z dnia 31 maja r. b. — odbył się w Poznaniu Nadzwyczajny Zjazd organizacji, uży-

wającej nazwy „Związek Dentystów Zachodnich Ziem Rzeczypospolitej Polskiej“.

Przede wszystkim **stwierdzamy fakt istnienia w Państwie — organizacji,** która, jak to wynika z brzmienia jej nazwy, **posługuje się nomenklaturą** „dentysta“ wówczas, gdy Rozp. Prez. R. P. z dn. 10.VI. 1927 r. o wykonaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R. P. Nr 4 z r. 1934 poz. 32) w odniesieniu do praktyki lekarsko-dentystycznej, zna jedynie tytuł lekarza-dentysty (art. 4), zaś w odniesieniu do osób, wykonywujących czynności techniczno-dentystyczne, nie zna wogóle żadnego tytułu (art. 13), a tylko w formie przejściowej, warunkowej i likwidacyjnej tytuły: „technik dentystyczny“ (art. 16) oraz, „uprawniony technik dentystyczny“ (art. 19).

Fakt istnienia tej organizacji oczywiście jest tym bardziej rażący, iż niezależnie od przepisów wspomnianego wyżej Rozp. Prez. R. P. — Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, którego kompetencji podlega nadzór nad wszystkimi Stowarzyszeniami (art. 62 i 58 Rozp. Prez. R. P. z dnia 27.X. 1932 r. Prawo o Stowarzyszeniach (Dz. Ust. R. P. Nr 94 z r. 1932 poz. 808) — wydało Pisma Okólne do Panów Wojewodów, Nr Z. O. 2950/27 z 20.VI. 1927 r. oraz L. Z. O. 1925/28 z 26.IV. 1928 r., w których nawiązując do postanowień Rozp. Prez. R. P. o wykonaniu praktyki dentystycznej — podkreśla wyraźnie, **że używanie tytułu „dentysta“** wzgl. **„dentysta technik“** jest niedopuszczalne.

Ze zdziwieniem również notujemy fakt, iż w powyższym nadzwyczajnym zjeździe, który miał **charakter wybitnie protestacyjny,** nie tylko przeciw wydanym ostatnio zarządzeniom władz administracji ogólnej, ale przede wszystkim przeciw obowiązującej w Państwie Polskim ustawie, był obecny i nie zaprotestował właśnie przedstawiciel p. starosty poznańskiego.

Wreszcie niedwuznacznym dla intencji i charakteru akcji, prowadzonej przez wyżej wymieniony związek — jest fakt obecności na zjeździe ściśle wewnętrzno-organizacyjnym (Nadzwyczajny Walny Zjazd) takich osób jak: prezesa Izby Przemysłowej, przedstawiciela T-wa Adwokatów i wreszcie d-ra Rydlewskiego, zabierających głos w dyskusji, jak i zarówno adwokata M. Schrödera, wygłaszającego referat podstawowy.

Przechodząc do tenorów wygłoszonych referatów i poszczególnych ustępów rezolucji, zmuszeni jesteśmy stwierdzić, **iż mijają się one w sposób rażący w argumentach dowodzenia,** ze **stanem prawnym i faktycznym,** a to z przyczyn następujących.

I) Nie odpowiada przede wszystkim rzeczywistości twierdzenie, że „złożenie egzaminu państwowego, nadało prawo do używania tytułu „dentysta“ — natomiast odpowiada rzeczywistości, że **zgodnie z postanowieniami Rozp. Prez. R. P.** o wykonaniu praktyki dentystycznej, osoby wyszczególnione w art. 14 i 15 **po uzyskaniu pomyślnego wyniku egzaminu art. 20) mają prawo używać tytułu „uprawniony technik dentystyczny“** (art. 19).

II) Nie odpowiada rzeczywistości twierdzenie, że tytuł „uprawniony technik dentystyczny“ jest dowolną interpretacją wspomnianego wyżej Rozp. Prez. R. P., przeprowadzoną przez władze nadzorcze — natomiast prawdą jest, że wspomniane rozporządzenie dla osób wykonywujących praktykę lekarsko-dentystyczną **zna jedynie tytuł lekarz dentysta** (art. 4) — **zaś dla osób, wykonywujących czynności techniczno-dentystyczne, nie zna wogóle żadnego tytułu** (art. 13), a **tylko przejściowo i warunkowo** w odniesieniu do ziem b. zaboru austriackiego i pruskiego **tytuły: „technik dentystyczny“** (art. 16) **i „uprawniony technik dentystyczny“** (art. 19).

III) Nie powinno być **zgodne z rzeczywistością**, że osobników, tytułujących się nieprawnie „dentystami“ **dopuszczono do lecznictwa w Kasach Chorych** (Ubezpieczalniach Społecznych), gdyż przepis art. 122 Ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28.III. 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr 51 poz. 346) wyraźnie głosi:

1) „Ubezpieczalnia Społ. udziela pomocy leczniczej przez dyplomowanych lekarzy, i lekarzy dentystów, którzy posiadają prawo praktyki i przyjęli obowiązki względem Ubezpieczalni w drodze pisemnej umowy, zawartej z Ubezpieczalnią względnie z Zakładem Ubezpieczenia na wypadek choroby“.

2) „Czynności pomocnicze mogą być wykonane przez pomocniczy personel lekarski (felczerów, uprawnionych techników dentystycznych, wykwalifikowanych pielęgniarzy i pielęgniarki) jedynie na zlecenie lekarza ubezpieczalni i pod jego kierunkiem, albo w wypadkach nagłych, jeśli nie może być wezwany lekarz ubezpieczalni, lub inny lekarz dyplomowany“.

Przytoczony w dosłownym brzmieniu powyższy przepis ustawowy nie wymaga żadnych komentarzy — jest przejrzysty; jeżeli nawet z pominięciem obowiązującego powyższego przepisu dopuszczona kogokolwiek nieuprawnionego do prowadzenia zabiegów leczniczych — to jest to sprawa danej instytucji i jej władz nadzorczych, ale z takiego nieprawnego stanu nie można wyciągnąć nawet subsydialnego, a co dopiero mówiąc podstawowego argumentu, mającego przemawiać za istnieniem takich czy innych uprawnień — a już wogóle **nie można przeciwstawiać wyraźnym,** nie budzącym najmniejszych wątpliwości **przepisom Rozp. Prez. R. P.** o wykonaniu praktyki dentystycznej w szczególności przepisom art. 1, 2 i 3, wyszczególniającym **komu i na jakich warunkach dozwolona jest wyłącznie praktyka lekarsko-dentystyczna.**

Jeżeliby nawet cofnąć się do naprowadzonego chętnie przez osobników, mieniących siebie „dentystami“, argumentu rzekomego nabycia prawa przeprowadzenia zabiegów leczniczych w b. państwie zaborczym, to po pierwsze **nie było tych praw** w znaczeniu swobodnego ich stosowania, skoro przede wszystkim wspomniane wyżej Rozp.

Prez. R. P. o wykonaniu praktyki dentystycznej, **ich nie potwierdziło — i to jest dla obecnie istniejącego stanu prawnego wystarczające i ostateczne.** Powtóre odnośny przepis Rozp. Min. Spraw Wewnętrznych z dnia 2.XII. 1913 r. L. dz. 770 wydany do § 123 niemieckiej ustawy ubezpieczeniowej — dopuszczał wprawdzie poza lekarzami dentystami **możliwość** leczenia w Kasach Chorych i przez innych osobników „chorób zębów z wykluczeniem chorób ust i szczęk, za zgodą ubezpieczonych" — ale w tym ujęciu odnosił się nie do ogółu, a tylko do osób, zatrudnionych w Kasach Chorych, a nadto i w tym wypadku uzależniał możliwość przeprowadzenia tego leczenia od wyrażenia zgody ze strony ubezpieczonego; dopuszczanie zatym do „owego" leczenia było tylko możliwością **uwarunkowaną, swobodnym uznaniem jednostki i o zasięgu terytorialnie ściśle zamkniętym t. j. tylko w obrębie tej instytucji — a nigdy prawem.** Uzależnienie owego „ścieśnionego" leczenia od zgody ubezpieczonego—nie było wprowadzone bez ważkich przyczyn; — jasnym jest, że przyczyną tą był brak **kwalifikacji naukowych i zawodowych** do wykonania zawodu ze strony tych osobników już wówczas przed 25 laty, którzy dziś w Państwie Polskim, nie tylko pragną, ale mają odwagę twierdzić, **że należą im się te prawa, które inni zdobywać muszą poprzez pełne studia średnie i jak i dotąd 5 lat studiów akademickich względnie poprzez pełne studia medyczne i 2 lata specjalizacji.** — Stąd i wspomniane wyżej Rozp. Prez. R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej, powołując się w art. 15 na powyższy przepis niemieckiej ustawy ubezpieczeniowej **nie mogło wyjść i nie wyszło poza istotne jej ramy i dlatego nie mogło potwierdzić i nie potwierdziło praw, których i wówczas wymienieni wyżej osobnicy nie mieli.**

IV) Dowolnej interpretacji co do uprawnień „uprawnionych techników dentystycznych", do których jedynie **można i musimy zaliczyć owych, którzy siebie zwą „dentystami"**—chociażby ona pochodziła z ust adwokata w danym wypadku p. Mariana Schrödera, prawnego doradcy ich związku, który z racji zajmowanego stanowiska jest obowiązany szukać interpretacji dla bronionej przez niego grupy najkorzystniej — nie mówiąc już nawet o interpretacji poszczególnych członków, czy też związku jako całości, naginanej pod kątem widzenia dobra osobistego — **przeciwstawić możemy chyba najbardziej miarodajną i obowiązującą interpretację przepisów art. 16 i 17** wspomnianego wyżej Rozp. Prez. R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej w wyrokach **Sądu Najwyższego** w szczególności z dn. 21 maja 1932 r. oraz z dn. 26 maja 1932 r. N. II 3 K. 335/30.

Uzasadnienie wyroku S. N. z dn. 21 maja 1932 r., głosi między innymi wyraźnie: „przez praktykę lekarsko-dentystyczną rozumie rozporządzenie wykonywania wszelkich tego rodzaju zabiegów w jamie ustnej, które mają na celu leczenie (przepisy art. 1-12) — natomiast „przez praktykę techniczno-dentystyczną" rozumie rozpo-

rządzenie prawo brania wycisków celem sporządzenia wszelkiego rodzaju dostawek zębowych oraz osadzenia ich w jamie ustnej (art. 16), a więc prawo przedsiębrania czynności mechaniczno-technicznych, do których nie potrzeba szczególnych studiów lub wiadomości naukowych, a umiejętność tą nabywa się tylko drogą odpowiedniej praktyki".

Uzasadnienie natomiast Wyroku z dn. 26.V. 1932 r. głosi: „nie wynika bowiem zdaniem Sądu Najwyższego, by określone w art. 17 wspomnianego rozporządzenia Prez. R. P. rozszerzenia uprawnionych techników dentystycznych, wymienionych w art. 16 tego rozporządzenia, polegające na zezwoleniu uprawnionym technikom dentystycznym — poza uprawnieniami natury mechaniczno-technicznej z wykluczeniem prawa wykonywania jakichkolwiek zabiegów lekarsko-dentystycznych, na wykonanie nadto wszelkich zabiegów na poszczególnych zębach i uzębieniu szło tak daleko, iżby uprawniało uprawnionych techników dentystycznych do wyjmowania zębów, uprawnienia te bowiem wedle wyraźnego brzmienia wskazanego przepisu art. 17 znajdują swoją granicę tam, gdzie chodzi już o leczenie chorób jamy ustnej — do czego zdaniem Sądu Najwyższego — przy uwzględnieniu także wyrazownictwa, użytego w dotyczących przepisach wspomnianego rozporządzenia zaliczyć należy wyjmowanie zębów, zwłaszcza jak w niniejszym wypadku chorych, bolących, których stan choroby grozi w razie nieumiejętnego traktowania niebezpiecznymi komplikacjami".

Z sentencji przytoczonych wyroków Sądu Najwyższego **wynika niezbicie,** że może nawet w pewnej mierze niefortunna stylizacja przepisów art. 17 wyżej cytowanego Rozp. Prez. R. P. — nie może być inaczej interpretowaną jak tylko w ten sposób, **że uprawnienia uprawnionych techników dentystycznych kończą się tam, gdzie rozpoczyna się leczenie zębów,** żywych składowych, a nie oderwanych elementów całości organizmu człowieka, **na przeprowadzenie którego, w sensie nieszkodliwym dla organizmu, musi się mieć odpowiednie wykształcenie w danym przypadku lekarskie względnie lekarsko-dentystyczne;** dla uprawnionych techników dentystycznych w przeciwieństwie do kardynalnej zasady art. 13 wspomn. Rozp., znoszącej pojęcie samodzielnego technika dentystycznego i nie pozwalającej na bezpośrednie zetknięcie się z pacjentem — utworzone zostało przejściowe, **warunkowe prawo tego bezpośredniego zetknięcia się,** samodzielnego sporządzenia i założenia protez zębowych łącznie z prawem **wykonywania zabiegów na uzębieniu, ale tylko takich, które nie wchodzą w zakres leczenia** czyli — **polegają na mechanicznym przygotowaniu zębów pod mającą być założoną protezę zębową.**

Fakt podważania obowiązującego w Państwie Polskim prawa przez uprawnionych techników dentystycznych w sensie nagminnego przeprowadzania przez nich leczenia uzębienia aż do zabiegów chirurgicznych t. j. usuwania zębów włącznie — uchodził dotąd niestety bezkarnie, i stworzył w praktyce paradoksalną sytuację, a miano-

wicie wykonywania przez tychże osobników, **nie posiadających żadnego w tym kierunku potrzebnego wykształcenia, tych samych czynności, dla wykonywania których** Rozp. Prez. R. P. o wykanywaniu prakktyki dentystycznej **w art. 1, wymaga posiadania dyplomu lekarskiego wzgl. lekarsko-dentystycznego**, a w art. 2-gim przyznaje to prawo tamże wyszczególnionym, objętym jednym tytułem lekarz dentysta (art. 4), niemniej jednak posiadającym dyplomy lekarsko-dentystyczne b. państw zaborczych.

V) Nie odpowiada również rzeczywistości argument subsydialny rezolucji — jakoby w b. zaborze pruskim **ze względów politycznych** była ograniczona możność osiągnięcia tytułu lekarz dentysta; w b. dzielnicy pruskiej był prawie zamknięty dla Polaków dostęp do stanowisk urzędowych — osiągnięciu natomiast stopnia naukowego dla garnących się do wiedzy, a w szczególności wywalczających sobie zawód wolny, żadnych utrudnień nie było; świadczy o tym najlelepiej fakt, iż na terenie Ziem Zachodnich mamy dość lekarzy dentystów z dyplomami niemieckimi, **napewno niezgorszych** Polaków od zespołu t. zw. „dentystów“, **którzy takim niepoważnym i nieprzystojnym wywodem** pragną z jednej strony zdobyć argument, mający im dać możność uzyskania czegoś w rodzaju „veniam studiorum“ w uwzględnieniu zasług rzekomo natury politycznej, z drugiej strony **stawiają w sposób krzywdzący pod znakiem zapytania godność narodową tych, którzy poprzez swoją pracę i wysiłek w trudnych warunkach b. zaboru pruskiego osiągnąć potrafili potrzebne wykształcenie i uzdolnienie dla wykonywania zawodu lekarsko-dentystycznego.**

VI) Nie wytrzymuje również najlżejszej choćby krytyki argument, że „odebranie tytułu „dentysta“, określającego charakter wykonywanego zawodu, będzie oznaczało w oczach społeczeństwa tut. napiętnowanie publiczne różnicy wyszkolenia wzgl. wykształcenia, czego się nigdzie nie praktykuje.

Po pierwsze bowiem nikt tytułu „dentysta“ nie odbiera, **gdyż taki tytuł nie istnieje**; zniesienie tablic z takim tytułem jest tylko **przywróceniem podważonego stanu** prawnego w Państwie w ogólności; ewentualne konsekwencje ujemne, jakie stąd nawet wyniknąć by mogły dla osobników nierespektujących obowiązującej w Państwie ustawy, byłyby wynikiem ich własnego przewinienia i nie mogą być brane pod uwagę. Zresztą podkreślić tu należy z całym uznaniem fakt, iż na terenie Ziem Zachodnich byli i są uprawnieni technicy dentystyczni, którzy zarówno za czasów zaborczych jak i obecnie, nie tylko nie posługują się nieprawnym tytułem „dentysta“, ale co ważniejsze nie uważają za możliwe w tym kierunku podobnie nieuzasadnione pretensje podnosić.

Po drugie wbrew twierdzeniu rezolucji — właśnie tytuły zawodo-

we i naukowe są tą zewnętrzną oznaką, rozróżniającą stopień posiadanego wykształcenia oraz rodzaj studiów i takie rozróżnienie na całym świecie jest usankcjonowane i niema najmniejszej podstawy ku temu, **aby Polska stanowiła pod tym względem jakiś szczególny wyjątek;** wprost przeciwnie zbyt wiele argumentów, a przede wszystkim natury prawnej, przemawia za tym, aby ten niedozwolony tytuł „dentysta", znikł wreszcie **po dziesięciu latach istnienia ustaw, zabraniających jego używania.**

Po trzecie niedozwolony tytuł „dentysta" **godzi w lekarzy dentystów,** i ten cel jest istotnym nerwem poczynań „uprawnionych techników dentystycznych" — wiedzą bowiem oni dobrze, że społeczeństwo, nieznające się na tych subtelnościach, **identyfikuje „dentystę" z lekarzem dentystą,** zresztą w potocznej mowie również dentystą zwanym **i w ten sposób pozwala im w praktyce na wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej, bez posiadania ku temu nie tylko żadnych uprawnień, ale przede wszystkim żadnego wykształcenia specjalnego, a w sumie na wykonywanie nielegalnej praktyki lekarsko-dentystycznej, karalnej ustawowo.**

VII) Pozostał wreszcie argument rezolucji, że „usunięcie tablic z napisem „dentysta" godzi bezwzględnie w egzystencję dentystów i zagraża im jak i ich rodzinom kompletną ruiną" — o ile ma być argumentem zasadnym — można i trzeba go odwrócić, a mianowicie, **że pozostawienie tablic z tym tytułem** z powodów wyżej wyłuszczonych **godzi od szeregu lat i podrywa możność egzystencji lekarzy dentystów,** którzy po swoich wieloletnich, kosztownych studiach i uzyskania stopnia zawodowego, oraz prawa do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, ustawowo im wyłącznie zastrzeżonej, **mają prawo spodziewać się, że to prawo przez nikogo nie będzie podważane** i to w dodatku w sposób jawny, naigrywający się z obowiązujących przepisów, jak to ma miejsce od szeregu lat w b. dzielnicy pruskiej i austriackiej.

To byłyby argumenty przeciwstawne treści referatów i rezolucji Nadzwyczajnego Zjazdu t. zw. „Związku" Dentystów „Zachodnich Ziem Rzeczypospolitej", które podpisane organizacje mają zaszczyt Panu Ministrowi przedłożyć.

Zmierzając jednak, co jest naszym obowiązkiem, do ujęcia tej sprawy nadto i przede wszystkim z **punktu widzenia ogólno-państwowego,** pragniemy podkreślić jak następuje:

A) Zilustrowany stan powyższy, w którym nie tylko na terenie b. zaboru pruskiego i austriackiego, ale również i na terenie b. zaboru rosyjskiego uprawiana jest **jawnie i bezkarnie nielegalna praktyka lekarsko-dentystyczna, prowadzi do zgubnych następstw dla ogólnego stanu zdrowia publicznego w Państwie.**

Wiedza medyczna ustaliła niezbicie związek przyczynowy, jaki zachodzi między chorobami zębów, a chorobami jamy ustnej oraz chorobami zębów, a ogólnymi schorzeniami organizmu. Próchnica, którą według statystyk dotknięte jest w 70% uzębienie narastającego młodego pokolenia, jest punktem wyjścia całego szeregu chorób ogólnych.

Nieprawidłowe więc leczenie próchnicy — czyli już samo plombowanie zębów — ten zdawałoby się pozornie mało znaczący zabieg — tak szeroko przez nieuprawnionych do leczenia zębów wykonywany — jest początkiem procesów chorobowych, prowadzących do powolnego, stopniowego zatruwania organizmu, a w wyniku do jego wyniszczenia.

Jeżeli teraz przeniesiemy to na teren dorastającego młodego pokolenia — łatwo uzmysłowić sobie obraz stanu zdrowia publicznego i wypływających stąd ujemnych skutków dla potencjału sił żywotnych narodu, a przeto i zdolności fizycznej żołnierza polskiego.

W tym stanie rzeczy — leczenie próchnicy, a więc plombowanie zębów — nie mówiąc o innych — jest tego rodzaju zabiegiem, dla którego prawidłowego przeprowadzenia trzeba mieć odpowiednie wykształcenie lekarskie, zarówno w dziedzinie teoretycznej jak i praktycznej. Takie wykształcenie i uzdolnienie jest udziałem zarówno lekarzy, absolwentów wydziałów medycznych, praktykujących w dentystyce jak i lekarzy dentystów, posiadających studia specjalne, oparte o wiedzę ogólno-medyczną.

W tych warunkach nie do pomyślenia jest nadal — oczywiście bez tych wszystkich ujemnych skutków dla zdrowia społeczeństwa — stan obecny, gdzie **nielegalną praktyką lekarsko-dentystyczną** zajmują się ludzie, nieposiadający żadnych ku temu nie tylko uprawnień, ale przede wszystkim żadnego wykształcenia; do rzędu takich zaliczyć należy **i owych „uprawnionych techników“ zwanych przez siebie „dentystami“, uprawiających tę praktykę od szeregu lat w najszerszym tego słowa znaczeniu.**

Usiłowanie tychże do pozostawienia im możności używania niedozwolonego, uzurpowanego tytułu „dentysta“ — wobec powszechnego identyfikowania tychże przez społeczeństwo z lekarzem dentystą — dałoby w efekcie podtrzymanie dzisiejszego stanu w tej sprawie **ze wszystkimi jego zgubnymi skutkami dla zdrowia publicznego.**

B) Lekarze dentyści, którzy wysiłkiem swoim dopełnili warunków, wymaganych ustawami dla wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Polskim — nie mogą być dystansowani jawnie i bezkarnie przez osobników to prawo gwałcących i powinni z tej racji **być chronionymi nie tylko przez martwą, ale i przez żywą literę tego prawa.** Tego wy-

maga — poza argumentami wyżej przytoczonymi i **sprawiedliwość społeczna.**

C) Nienormalny ten stan w szczególności w odniesieniu do b. zaborów austriackiego i pruskiego, w których bezkarnie nielegalna praktyka lekarsko-dentystyczna jest wykonywana przez skupienie się tamże „uprawnionych techników dentystycznych", mieniących się „dentystami", spowodował, **że lekarze dentyści w tych województwach nie osiedlają się i nie będą się tak długo osiedlać gremialnie, jak długo te stosunki nie zostaną przywrócone do stanu normalnego, gdyż horoskopy egzystencji lekarzy dentystów w tych warunkach są odstraszające; wynikiem tego stanu jest, że dbałość o stan zdrowia publicznego w tych województwach w zakresie leczenia zębów i chorób jamy ustnej,** pozostawiona jest właściwie w dużej mierze osobom najmniej lub wcale powołanym do pełnienia tej funkcji.

Że obecność tak zwanych „uprawnionych techników dentystycznych" mieniących siebie i nadto „dentystami", oraz wykonywanie przez nich nielegalnej praktyki lekarsko-dentystycznej jest przyczyną nieosiedlania się w województwach Ziem Zachodnich i dawnej Małopolski lekarzy dentystów — świadczą najlepiej cyfry porównawcze. I tak: województwa: poznańskie, pomorskie i śląskie posiadają ogółem 260 praktykujących lekarzy dentystów, podczas gdy jedno **wojewódz. Łódzkie,** gdzie „uprawnionych techników dentystycznych" niema — **posiada 400 lekarzy dentystów;** cztery natomiast wojew. dawnej Małopolski posiada ogółem 180 lekarzy dentystów; **sumarycznie biorąc, siedm województw, na terenie których „praktykują" uprawnieni technicy dentystyczni" lub jak chcą się nazywać „dentyści" — posiada o 40 lekarzy dentystów więcej jak jedno województwo łódzkie!**

Jak z przedstawionego wyżej stanu rzeczy wynika — treść rezolucji, powziętej na omawianym zjeździe organizacji t. zw. „Związku Dentystów Zachodnich Ziem Rzeczypospolitej" — wysunięte żądania czy prośby — nie mają żadnego uzasadnienia tak pod względem prawnym jak rzeczowym—są jedynie niestety retorsją przeciw słusznym zarządzeniom władz administracji ogólnej, zmierzającym do przywrócenia w tej sprawie zgodnego z prawem i wymogami na dobro ogólne stanu w Państwie Polskim i z tych przyczyn nie zasługuje na żadne uwzględnienie.

W wyniku zatym naprowadzonych motywów i zasadnych argumentów — podpisane zarządy główne organizacji zawodowych lekarsko-dentystycznych **mają zaszczyt prosić uprzejmie Pana Ministra nie tylko o łaskawe podtrzymanie wydanych już w tej mierze zarządzeń, ale nadto, o łaskawe wydanie ponownych, któreby ostatecznie uchyliły w tej mierze niezgodny z obowiązującym w Państwie pra-**

wem i szkodliwy dla zdrowia publicznego stan na terenie Ziem Zachodnich Rzeczypospolitej oraz województw południowych (Małopolski).

Warszawa, 9 czerwca 1938.

—o—

Lek. stom. J. ŁĄCZYŃSKI. *Pabianice.*

Praktyka lekarsko-dentystyczna a uprawnienia felczerów.

Praktyka lekarsko-dentystyczna dziwnym i niezrozumiałym zbiegiem okoliczności, jest wśród praktyki, wykonywanej przez pozostałe wolne zawody, jakimś kopciuszkiem. Wprawdzie zastrzeżona jest lekarzom dentystom oraz lekarzom (medycyny) i chroniona jest w tej mierze nie tylko przepisami ustawowymi Rozp. Prezydenta Rzpltej z 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej, ale nadto całym szeregiem dodatkowych rozporządzeń, zarządzeń i okólników właściwych władz — w istocie zaś wykonuje ją każdy, kto tylko ma po temu chęć i hołduje zasadom specyficznej etyki w sposobach rozwiązywania zagadnienia swego bytu.

Dla jednych wystarcza, że, będąc uprawnionym technikiem dentystycznym zamianuje siebie „dentystą" i taki wywiesi sobie szyld i ogłosi w prasie, dla drugich, że, bądąc tymże samym upr. technikiem dentystycznym, wyinterpretuje na „swój" sposób przepisy wspomnianego Rozporządzenia i przystąpi do wykonywania praktyki aż do usuwania zębów włącznie, przekreślając w ten sposób różnicę między nim, a lekarzem dentystą, dla innych, że, będąc technikiem dentystycznym (art. 16), mającym wyłącznie prawo brania wycisków celem sporządzenia protezy i osadzenia jej w jamie ustnej — „podciąga się" również do lekarza-dentysty. Pracownikowi, będącemu tylko siłą pomocniczą laboratoryjną lekarza dentysty (art. 13) — wystarczy w jego pojęciu sam fakt stykania się z lekarzem dentystą za uzyskanie „niezaprzeczalnych" uprawnień do wykonywania zawodu lekarsko-dentystycznego — wreszcie pozostałym osobnikom tylko i wyłącznie wyrażenie swej w tym kierunku woli.

Ustawa i rozporządzenia pozostały martwą literą, prawem niestrzeżonym — dążności uzurpatorów przekreśliły je — jak dotąd bezkarnie. W codziennych przejawach życia zbiorowego wystarczy np., by właściciel sklepu czy budki z wodą sodową, przekroczywszy godziny handlu, otrzymał mandat karny — dla ukarania jednak osobników, gwałcących prawo przez wykonywanie nielegalnej praktyki dentystycznej nie wystarcza niestety władzy, *obowiązanej z urzędu do nadzoru i kontroli nad tą praktyką,* wniesienie doniesienia z podaniem nazwiska i adresu takiej osoby; żąda się wskazywania świadków, osób na których te niedozwolone praktyki są wykonywane i t.p.

danych — wówczas, gdy poprostu samo wejście organu kontrolnego inspekcji zdrowia publicznego do „gabinetu" takiego pana czy pani dostarczyłoby tych dowodów w nadmiarze. Wytworzyła się paradoksalna sytuacja, że z jednej strony dla wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, lekarze dentyści muszą udowodnić odnośnej władzy posiadanie wymaganych uprawnień i poddać się rejestracji — z drugiej ta sama władza, mając wskazówki o wykonywaniu nielegalnej praktyki, nie wkracza w ten przeciwny prawu stan, natomiast żąda od związków zawodowych czy też poszczególnych osób dostarczenia „dowodów". I tu tkwi bodaj najistotniejsza przyczyna tego panoszenia się nielegalnych „praktyków" dentystycznych, którzy ośmieleni pobłażaniem, sięgnęli po bezkarność w najszerszym tego słowa znaczeniu.

W plejadzie owych nielegalnych „praktyków" *zasługują również na wyróżnienie felczerzy.*

Nierzadkie są przypadki, że felczerzy prowadzą leczenie uzębienia — natomiast *stało się regułą, iż dokonują masowo usunięć zębów zarówno w znieczuleniu jak i bez niego — wreszcie i innych zabiegów chirurgicznych w jamie ustnej.* Ten swój proceder prowadzą jawnie i to nawet tak dalece, że posuwają się do wystawiania rachunków za przeprowadzenie zabiegów.

Felczerzy, dokonując usunięć zębów, tłumaczą się, iż posiadają ku temu prawo i powołują się w swych uzasadnieniach, że zabieg usunięcia zęba z mocy przepisów ustawy o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich, należy podciągnąć pod ich uprawnienia do wykonywania czynności chirurgicznych z zakresu małej chirurgii, przepisami tej ustawy im dozwolonych.

Tłumaczenie to jest wykrętne i obliczone na nieznajomość szerszego ogółu odnośnych przepisów ustawowych.

W istocie sprawa ta przedstawia się następująco.

Ustawa z dnia 1.VII 1921 r. o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich (Dz. U. R. P. Nr 64 poz. 396) w przepisach artykułu 2-go głosi:

„Felczerzy uprawnieni są:

a) do samodzielnego udzielania pomocy lekarskiej do przybycia lekarza;
b) *do pomocy leczniczej w dziedzinie pielęgniarstwa i ratownictwa;*
c) do szczepienia ospy i wydawania świadectw o wyniku;
d) do niesienia pomocy w chorobach, szerzących się nagminnie do przybycia lekarza;
e) *do wykonywania czynności chirurgicznych w zakresie małej chirurgii*".

Możnaby przeto — choć niekoniecznie — przypuścić, że w zakres małej chirurgii wchodzi usuwanie zębów. Tą jednak ewentualną wątpliwość rozstrzyga w sposób niebudzący najmniejszych wątpliwości Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 20.III. 1922 r.

w przedmiocie wykonania ustawy o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich (Dz. U. R. P. Nr 29 poz. 233), które w par. 12 omawia bliżej i wylicza, co należy rozumieć przez czynności z zakresu małej chirurgii.

Dosłowna treść przepisów tego paragrafu brzmi, jak następuje: *„Do czynności chirurgicznych z zakresu małej chirurgii należą wszystkie proste zabiegi, nie wymagające zastosowania znieczulenia miejscowego lub ogólnego; zaliczają się tu: nakładania opatrunków, tamowanie krwotoków, prowizoryczne ustalenie złamań, usuwanie ciał obcych, przyczem o ile się znajdują w uchu, wolno się posługiwać jedynie przepłukiwaniem, wypuszczanie moczu, przyczem dozwala się stosowanie jedynie cewnika miękkiego bez przewodnika, przepłukiwanie żołądka, wstrzykiwanie podskórne, nie wolno natomiast wykonywać żadnych zabiegów krwawych* i wszelkich zabiegów na narządach płciowych kobiet ciężarnych, rodzących, położnic *oraz wstrzykiwań śródmięśniowych lub śródżylnych.* Narzędzia, którymi się posługuje felczer, powinny być przed użyciem dokładnie wyjałowione".

Wyraźne, niepodlegające żadnej wątpliwości, brzmienie powyższego przepisu mówi samo za siebie; *zabieg usunięcia zęba jest par excellence zabiegiem krwawym, którego felczerom nie wolno dokonywać* — jak nie wolno im również dokonywać znieczuleń oraz wstrzykiwań śródmięśniowych i dożylnych.

Jeżeli teraz idzie o prowadzenie przez felczerów leczenia uzębienia — to poza przepisami Rozp. Prezydenta Rzpltej o wykonywaniu praktyki dentystycznej, które w artykułach 1, 2 i 3 mówią kto i na jakich warunkach jest do tego uprawniony (lekarze dentyści i lekarze medycyny) — przekreśla nadto te uzurpatorskie zapędy felczerów również i przepis art. 7 wspomnianego wyżej Rozp. Ministra Zdrowia Publ., który brzmi, jak następuje: „Felczerzy uprawnieni są do udzielania pomocy lekarskiej przed przybyciem lekarza; *stałe samodzielne leczenie jest im wzbronione*".

W tych warunkach zarówno prowadzenie leczenia uzębienia, jak i dokonywanie w jamie ustnej zabiegów krwawych (usuwanie zębów, cięcie ropni i t. p.) — *jest felczerom ustawowo zabronione* i wszlkie tego rodzaju ujawnione przypadki należy kierować bądź do zarządu naszego Stowarzyszenia, bądź to z jednoczesnym powołaniem się na powyższe przepisy oraz przepis art. 105 Rozp. Prezydenta Rzpltej z 28.XII. 1934 r., o unormowaniu i właściwości władz i trybu postępowania w niektórych działach administracji państwowej (Dz. U. R. P. Nr. 110 poz. 976) — bezpośrednio do powiatowych władz administracji ogólnej (Starostwa), do których należy nadzór nad wykonywaniem czynności felczerskich.

—o—

Z JUDYKATURY W SPRAWACH PRAKTYKI LEKARSKO-DENTYSTYCZNEJ.

Usuwanie zębów — zabiegiem niedozwolonym dla uprawnionych techników dentystycznych.

Odpis z odpisu.

Nr II. 3. K. 335/30. Wyrok.

W imieniu Rzeczypospolitej Polskiej. Sąd Najwyższy w składzie: przewodniczący: Sędzia S. N. St. Wyrobek. Sędziowie: Dr Br. Krzyżanowski (sprawozdawca), Michał Błoński — przy udziale prokuratora S. N. Ad. Trawińskiego i jako protokulanta apl. sąd. Lothnego na rozprawie kasacyjnej dnia 26 maja 1930 r., w sprawie Izaaka Litmana, oskarżonego z par. 343 uk. po rozpoznaniu kasacji oskarżonego od wyroku Sądu Okręgowego w Czortkowie z dnia 27 lutego 1930 K. a. 26/30 na mocy art. 512 i 558 k. p. k. i art. 61—66 p. t. o. k. s. kasację oskarżonego **oddala się** i od niego koszta postępowania kasacyjnego oraz tytułem opłaty w Sądzie Najwyższym kwotę 10 złotych zasądza.

Uzasadnienie: Oskarżony zarzuca w kasacji, założonej od wyroku Sądu Okręgowego w Czortkowie jako odwoławczego: 1) nieprawidłowe zastosowanie ustawy przy określaniu przestępstwa nieuprawnionego zawodowego wykonywania praktyki lekarskiej z art. 343 u. k. z roku 1852 oraz przy wymierzaniu kary, 2) obrazę przepisów postępowania sądowego (art. 494 a i b k. p. k.). — Na uzasadnienie powyższych zarzutów kasacyjnych oskarżony, zwalczając zapatrywanie prawne Sądu odwoławczego, wywodzi, że wedle brzmienia art. 17 Rozp. Prez. Rz. P. z 10/VI. 1927 Nr 54 poz. 476 Dz. U. Rz. P. **wolno „uprawnionym technikom dentystycznym", do których właśnie oskarżony się zalicza, wykonywać „wszelkie zabiegi na poszczególnych zębach i uzębieniu, wchodzące w zakres czynności, jakich potrzeba do sporządzenia zębów sztucznych i uzębienia, koron, mostków i plomb, z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej"**, z czego oskarżony wysnuwa wniosek, zgodny z resztą z dołączoną do akt sprawy opinją „Małopolskiego Zrzeszenia Uprawnionych Techników Dentystycznych we Lwowie", że oskarżonemu, jako uprawnionemu technikowi dentystycznemu w zrozumieniu art. 17 powołanego wyżej rozporządzenia Prez. Rz. P. **wolno także leczyć i wyjmować zęby, gdyż wyjmowanie zębów nie podpada pod pojęcie „leczenia chorób jamy ustnej".** Za tem uprawnieniem przemawia, zdaniem oskarżonego także okoliczność, że w myśl art. 3 rozp. Ministerstwa Spraw Wewn. z 21.XI. 1928 Nr 97 poz. 864 Dz. U. Rz. P. przedmiotem egzaminu przepisanego dla uprawnionych techników dentystycznych są pomiędzy innymi „choroby zębów, ich leczenie i wyjmowanie".

Wywody te będące w istocie powtórzeniem wywodów apelacji

oskarżonego doznały trafnego odrzucenia w uzasadnieniu wyroku Sądu odwoławczego, którego zapatrywanie prawne w tym przedmiocie Sąd Najwyższy w zupełności podziela.

Na wywody kasacji zauważyć jeszcze wypada, że z wywodów dołączonego do akt sprawy wyjaśnienia Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewn. z 24/II. 1930 Nr Z. O. 3715/29 w sprawie uprawnień techników dentystycznych, która to opinja zresztą wobec unormowania tych uprawnień w drodze rozp. Prez. Rz. P. **niema w danym wypadku znaczenia rozstrzygającego — nie wynika, zdaniem Sądu Najwyższego,** by określone w art. 17 wspomnianego rozporządzenia Prez. Rz. P. **rozszerzenie uprawnień uprawnionych techników dentystycznych,** wymienionych w art. 16-tym tego rozporządzenia, polegające na zezwoleniu uprawnionym technikom dentystycznym, poza uprawnieniami natury mechaniczno-technicznej z wykluczeniem prawa wykonywania jakichkolwiek zabiegów lekarsko-dentystycznych, **na wykonywanie nadto wszelkich zabiegów na poszczególnych zębach i uzębieniu szło tak daleko, iżby uprawniało uprawnionych techników dentystycznych do wyjmowania zębów.** — Uprawnienia te bowiem wedle wyraźnego brzmienia wskazanego przepisu art. 17 znajdują swoją granicę tam, **gdzie chodzi już o leczenie chorób jamy ustnej, do czego, zdaniem Sądu Najwyższego,** przy uwzględnieniu także wyrazownictwa użytego w dotyczących przepisach wspomnianego rozporządzenia, **zaliczyć należy wyjmowanie zębów,** zwłaszcza jak w niniejszym wypadku chorych, bolących, których stan choroby grozi w razie nieumiejętnego traktowania niebezpiecznymi komplikacjami.

Niesłuszny jest także dalszy zarzut, jakoby nawet ewentualne stwierdzenie w niniejszym przypadku przekroczenia uprawnień przez oskarżonego jako uprawnionego technika dentystycznego nie mogło podpadać pod sankcję karną z par. 343 uk. z roku 1852, lecz jako naruszenie przepisów wspomnianego rozporządzenia Prez. Rz. P., podlegałoby orzecznictwu władz administracyjnych. — Wedle bowiem wspomnianego na ostatku przepisu uzasadnione jest orzecznictwo władz administracyjnych jedynie wtedy, gdy dany czyn nie ulega karze surowszej, przez co należy także rozumieć postanowienia ustawy karnej. Skoro oskarżony, jak to sam przyznał, trudnił się zawodowo i za wynagrodzeniem, **nie miał zaś do tych zabiegów lekarskich,** jak to wynika z wywodów poprzednich, **ustawowego upoważnienia ani też wykształcenia lekarza (lekarza-dentysty),** działanie jego podpada pod sankcję karną par. 343 uk. z roku 1852, który ma na celu zapobieganie nieumiejętnemu wykonywaniu wszelkiego rodzaju praktyki lekarskeij. Powoływanie się w kasacji na błąd oskarżonego w zrozumieniu par. 2 lit. c. uk. z roku 1852, który nie dał poznać przestępstwa w uczynku, jest bezzasadne, albowiem Sądy niższych instancji błędu tego rodzaju nie ustaliły, zresztą zaś ewentualny błąd oskarżonego odnosiłby się w danym wypadku, zdaniem Sądu Najwyższego, do przepisów o wykroczeniach, zawartych w ustawie karnej,

których nieznajomość nikogo usprawiedliwić nie może (par. 233 uk. z roku 1852).

Z tych zasad Sąd Najwyższy kasację oskarżonego oddala.

Orzeczenie o kosztach postępowania kasacyjnego i o opłacie w Sądzie Najwyższym polega na przepisach przytoczonych w sentencji wyroku. (Wszystkie podkreślenia redakcji).

—o—

PODAJEMY DO WIADOMOŚCI SZ. KOL. KOL. TREŚĆ LISTU WYSTOSOWANEGO PRZEZ KOL. J. ŁĄCZYŃSKIEGO DO REDAKTORA „KRONIKI DENTYSTYCZNEJ" KOL. M. KRAKOWSKIEGO.

Wielce Szanowny Kolego i Redaktorze!

W „Kronice Dentystycznej" Nr. 2 z roku bieżącego na str. 62 i 63 umieściliście sprawozdanie z przebiegu obrad zjazdu lekarzy dentystów Ziem Zachodnich Rzpltej, odbytego dnia 7.III. b. r. w Poznaniu, a zorganizowanego przez Zw. Stom. i Lek. Dent. Ziem Zachodnich Rzpltej i Stow. Absolwentów Akad. Stomat.

Pozwalam sobie podkreślić, że sprawozdanie to jest nieścisłe.

Jestem zmuszony sprostować te, które dotyczą mego przemówienia, a mianowicie:

I) nie jest prawdą, „że byłem upoważniony w imieniu zawodowych organizacji łódzkich zapewnić zjazd, że wszyscy łódzcy lekarze-dentyści pragną, aby siedzibą Izby był Poznań" — **natomiast prawdą jest, że takie życzenie wyraziłem wyłącznie w imieniu:** a) Zarządu Głównego Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej, b) Zarządu i Oddziału Stow. Abs. A. S. w Łodzi, c) Związku i T-wa Lekarzy Dentystów Chrześcian w Łodzi i że do zajęcia takiego stanowiska na zjeździe i w następnych straniach z ramienia wymienionych **byłem upoważniony;**

II) nie jest prawdą, abym: „uzasadnił danymi statystycznymi konieczność utworzenia Izby w Poznaniu, a nie w Łodzi, gdzie większość członków przyszłej Izby stanowić będą żydzi" — **natomiast prawdą jest,** że przedstawiłem dane statystyczne, dotyczące województw poznańskiego, pomorskiego, śląskiego i łódzkiego, ilustrujące ilość ogólną lekarzy dentystów, ilość lekarzy (medycyny) praktykujących w dentystyce, ilość absolwentów b. P. I. D. i A. S. i narodowość, a w wyniku udowodniłem, że pogróżki bojkotowania wyborów w przypadku nieustanowienia siedziby Izby w Łodzi, jakie w związku z wysunięciem koncepcji utworzenia siedziby w Poznaniu, wówczas już były rozpowszechniane, nie będą miały widoków powodzenia — w sumie bowiem zwolennicy Siedziby Izby w Poznaniu stanowią 63% ogółu lekarzy dentystów z tych czterech województw;

III) broniłem istotnie postulatu ustanowienia siedziby Izby w Poznaniu, ale uzasadniłem go odmiennymi, a mianowicie następującymi argumentami:

1) Poznań jest ośrodkiem życia społecznego i kulturalnego zachodnich województw Rzpltej;
2) Poznań jest siedzibą Uniwersytetu, katedry i kliniki stomatologicznej, co ułatwi realizację celów Izby o charakterze naukowym;
3) skupienie w samym Poznaniu poważnej grupy lekarzy dentystów zespolonych od szeregu lat w sprawie funkcjonującej organizacji zawodowej i jej ścisłej współpracy ze Stow. Absolwentów A. S. — daje możność obsady połowy Rady Izby (warunek ustawowy) i gwarancję pozytywnych prac jej zarządu;
4) siedziba Izby w Poznaniu, łącząc województwo łódzkie z ziemiami zachodnimi — dawałyby w efekcie stopniowe zacieranie różnic dzielnicowych i przekreślałaby granice byłych zaborów;
5) koncepcja związania województwa łódzkiego z trzema województwami ziem zachodnich, jednolitych pod względem narodowościowym — dawałaby w efekcie wyrównanie sił i przekreślała z góry w układzie dzisiejszych stosunków w państwie możliwość tarć o charakterze narodowościowym, szkodliwych — między innymi — i dla prac samorządu zawodowego;
6) Poznań, leżąc prawie że w centrum czterech województw i mając z nimi doskonałe i liczne połączenia komunikacyjne — daje możność współpracy w Radzie Izby jak najliczniejszej rzeszy lekarzy dentystów, a więc zapewnia sprawne funkcjonowanie jej organów;
7) Łódź ze względu na silne skupienie lekarzy dentystów będzie miała i tak delegaturę Izby — niema natomiast tych wszystkich warunków, które przemawiają za Poznaniem.

W końcu podkreślam, że nie uważałem za właściwe prostowanie niezgodnych z przebiegiem obrad informacji prasy codziennej zarówno łódzkiej, jak i poznańskiej z tego względu, że takie sprostowania z reguły do niczego nie prowadzą, naświetlenie bowiem artykułu prasowego jest zawsze odpowiednikiem danego kierunku politycznego i do niego jest zawsze naginane, a nadto i przede wszystkim z tego względu, że dla mnie wystarczającym jest zupełnie fakt obecności na zjeździe — poza jego uczestnikami — przedstawicieli organizacji zawodowych lekarzy dentystów (koledzy: Gondzik, Neyman, Perliński, Rutkowski, Ujejski) oraz radcy ministerialnego p. W. Wojnarskiego, którzy zapewne potwierdzą, iż treść mego przemówienia i uzasadnienia różniły się zasadniczo od tendencyjnej treści artykułów prasy codziennej.

Dziękując z góry za umieszczenie w Waszym organie powyższego sprostowania — łączę koleżeńskie pozdrowienia.

(—) *J. Łączyński.*

Pabianice, 3.VII. 1938.

———o———

Izby Lekarsko-Dentystyczne.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 30 kwietnia 1938 r.

o ordynacji wyborczej do rad okręgowych izb lekarsko-dentystycz.

Na podstawie art. 14 ust. (5) i art. 36 ustawy z dnia 11 stycznia 1938 r. o izbach lekarsko-dentystycznych (Dz. U. R. P. Nr 6, poz. 33) zarządzam co następuje:

§ 1. (1) Artykuły, powołane w rozporządzeniu bez bliższego określenia, oznaczają artykuły ustawy z dnia 11 stycznia 1938 r. o izbach lekarsko-dentystycznych (Dz. U. R. P. Nr 6, poz. 33), powołane zaś paragrafy — paragrafy rozporządzenia niniejszego.

(2) Przez wyrażenie „izba", użyte w rozporządzeniu niniejszym, rozumie się okręgową izbę lekarsko-dentystyczną.

§ 2. Dla całego obszaru działalności izby ustala się jeden obwód wyborczy.

§ 3. (1) Wybory do rad izb odbywają się w ostatnim kwartale roku kalendarzowego, w którym upływa pięcioletnia kadencja.

(2) Przepisu ust. (1) nie stosuje się w przypadkach przeprowadzania wyborów przez komisarzy (art. 29 ust. (2) i art. 31).

§ 4. (1) Miejsce i dzień wyborów ustala:

a) w istniejących izbach — zarząd izby,
b) w nowoustanowionych izbach — komisarz rządowy (art. 31),
c) w razie rozwiązania rady przez Ministra Opieki Społecznej — komisarz (art. 29 ust. (2)).

(2) Dzień wyborów powinien przypaść na niedzielę.

§ 5. (1) Ogłoszenie o mających nastąpić wyborach do rady z podaniem miejsca i dnia, w których mają się odbyć, powinno być zamieszczone w czasopiśmie urzędowym izb lekarsko-dentystycznych nie później, niż na 3 miesiące przed tą datą.

(2) Jednocześnie z ogłoszeniem wyborów należy podać do publicznej wiadomości:

a) spis wyborców,
b) skład imienny komisji wyborczej,
c) liczbę członków przyszłej rady i ich zastępców,
a ponadto w związku z wyborami do rad nowoustanowionych izb —
d) termin do zgłoszenia się lekarzy, którzy zażądają wpisania ich na listę wyborców; zgłoszenie takie jest jednocznaczne ze zgłoszeniem przewidzianym w art. 8 ust. (2) pkt 3.

(3) Przepisy wymienione w ust. (2) pod lit. b) nie stosują się przy przeprowadzaniu wyborów do rad nowoustanowionych izb.

(4) Spis wyborców powinien być sporządzony według województw i powiatów i zawierać:

a) nazwiska wyborców w porządku alfabetycznym,
b) imiona wyborców,
c) adresy wyborców.

(5) Za dzień ogłoszenia wyborów uważa się dzień wydania czasopisma urzędowego izb, w którym ogłoszenie to zostało zamieszczone.

§ 6. Uprawnionymi do głosowania (wyborcami) są:

1) w istniejących izbach — osoby wpisane na listę członków nie później, niż na 30 dni przed ogłoszeniem wyborów,
2) w nowoustanowionych izbach:
   a) lekarze-dentyści, zamieszkali na obszarze działalności danej izby nie później, niż na 30 dni przed ogłoszeniem wyborów,
   b) osoby mające prawo wykonywania praktyki lekarskiej, które w terminie ustanowionym przez komisarza rządowego zażądają wpisania ich na listę wyborców.

§ 7. (1) Każdy uprawniony do głosowania może w ciągu dni 14 od ogłoszenia spisu wyborców złożyć przewodniczącemu komisji wyborczej reklamację z powodu pominięcia jego, jak również z powodu wpisania na listę osób nieuprawnionych do głosowania.

(2) Reklamacja (ust. 1) ze wskazaniem dowodów może być zgłaszana pisemnie lub ustnie do protokułu.

§ 8. (1) Reklamację z powodu pominięcia osoby uprawnionej do głosowania komisja wyborcza rozważa niezwłocznie i bądź uzupełnia spis wyborców, bądź zawiadamia osobę pominiętą w spisie, że reklamacja nie została uwzględniona.

(2) Komisja wyborcza może zażądać w razie potrzeby uzupełnienia przedstawionych dowodów; od uchwały komisji w tych sprawach odwołanie nie służy.

§ 9. (1) O zgłoszeniu reklamacji z powodu umieszczania w spisie wyborców osoby nieuprawnionej do głosowania komisja wyborcza zawiadamia tę osobę w ciągu 24 godzin z pouczeniem, że służy jej w ciągu dni 7 od daty doręczenia zawiadomienia prawo wniesienia na piśmie lub ustnie do protokułu sprzeciwu, popartego dowodami.

(2) Po upływie wymienionego w ust. (1) terminu do sprzeciwu komisja wyborcza bądź zawiadamia osobę, której reklamacja dotyczy, że będzie skreślona ze spisu wyborców, bądź zawiadamia osobę reklamującą, że reklamacja nie została uwzględniona.

§ 10. (1) Wszelkie sprawy związane z wyborami powinny być w miarę możności załatwiane najdalej w ciągu dni 7.

(2) Wszelkie zawiadomienia powinny być doręczane osobom interesowanym albo przez pocztę za zwrotnym pokwitowaniem, albo

w inny sposób do rąk własnych, członka rodziny, bądź domownika osoby interesowanej za potwierdzeniem odbioru.

§ 11. (1) Wybory do rady przeprowadza komisja wyborcza.

(2) Komisja wyborcza składa się z prezesa izby jako przewodniczącego oraz z jego zastępcy i członków, wybieranych przez radę izby spośród wszystkich członków izby. Powołując członków komisji wyborczej, rada izby wyznaczy jednocześnie ich zastępców w liczbie równej liczbie członków komisji wyborczej.

(3) Ustanawia się następującą liczbę członków komisji wyborczej: dla izb liczących do 1000 członków — 8, od 1000 — 1500 członków — 10, ponad 1500 członków — 12.

(4) Wykaz osób wybranych przez radę izby do komisji wyborczej, jak również wykaz ich zastępców zarząd izby przesyła za pośrednictwem wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, właściwej według siedziby izby, Ministrowi Opieki Społecznej do wiadomości; brak sprzeciwu ze strony Ministra Opieki Społecznej w ciągu dni 14 od dnia otrzymania wykazu uważa się za zgodę na proponowany skład komisji. W razie sprzeciwu ze strony Ministra Opieki Społecznej co do umieszczenia niektórych osób w wykazach, zarząd izby skreśla je z wykazów i przedstawia Ministrowi Opieki Społecznej nowe uzupełnione przez siebie wykazy. W razie powtórnego sprzeciwu co do składu komisji Minister Opieki Społecznej wyznaczy członków komisji wyborczej na ich miejsce.

(5) Do przewodniczącego, jego zastępcy i członków komisji wyborczej stosuje się odpowiednio przepisy art. 12.

§ 12. Do zadań komisji wyborczej, jeżeli przepisy rozporządzenia niniejszego nie stanowią inaczej, należy:

a) ustalanie spisu wyborców,
b) ustalanie liczby członków przyszłej rady,
c) rozważanie i rozstrzyganie spraw związanych z wyborami do rady,
d) projektowanie kandydatów do przyszłej rady i ich zastępców,
e) wybór sekretarza komisji wyborczej,
f) podział pomiędzy członków komisji poszczególnych czynności wyborczych.

§ 13. Do zadań przewodniczącego komisji wyborczej poza uprawnieniami przewidzianymi w rozporządzeniu niniejszym należy:

a) reprezentowanie komisji wyborczej,
b) zwoływanie posiedzeń komisji wyborczej,
c) kierowanie czynnościami wyborczymi, w szczególności w dniu wyborów,
d) przestrzeganie terminów wyborczych,
e) zamieszczanie w czasopiśmie urzędowym izb ogłoszeń i obwieszczeń związanych z wyborami do rady,
f) opracowanie wewnętrznego regulaminu komisji wyborczej.

§ 14. (1) Do powzięcia uchwały przez komisję wyborczą jest niezbędna obecność przewodniczącego lub jego zastępcy i przynajmniej połowy członków komisji wyborczej.

(2) Członkowie komisji wyborczej umieszczeni przez nią na liście kandydatów do rady i ich zastępców ustępują z komisji, a na ich miejsce wchodzą zastępcy członków komisji, według kolejności z góry ustalonej.

(3) Uchwały komisji wyborczej zapadają zwykłą większością głosów; w razie równości głosów rozstrzyga głos przewodniczącego.

§ 15. (1) Od uchwały komisji wyborczej osobom interesowanym służy prawo odwołania się za pośrednictwem komisji do Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej w ciągu dni 7 od doręczenia uchwały.

(2) Jekeli komisja wyborcza uzna odwołanie za uzasadnione, może je uwzględnić, w przeciwnym raś razie przesyła je niezwłocznie wraz z aktami do Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej.

(3) Nadzór nad czynnościami wyborczymi sprawuje Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna.

§ 16. (1) Zmiany, wprowadzone w spisie wyborców, jak również zmiany liczby członków przyszłej rady i ich zastępców, powinny być ogłoszone w czasopiśmie urzędowym izb nie później, niż na 21 dni przed dniem wyborów.

(2) Wpisywanie nowych wyborców po terminie ustalonym w ust (1) jest niedopuszczalne; dozwolone jest jedynie wykreślanie z listy osób zmarłych i tych, które utraciły przed dniem wyborów prawa wyborcze. Urzędowe świadectwa zgonu, jak również dowody stwierdzające utratę praw wyborczych powinny być dołączone do aktów wyborczych.

§ 17. (1) Jednocześnie z wyborami członków rady wybiera się ich zastępców.

(2) Liczba zastępców równa się połowie najbliższej wyższej liczby parzystej członków rady.

§ 18. Wybory do rady odbywają się przez głosowanie na poszczególnych kandydatów.

§ 19. (1) Społeczne lub zawodowe stowarzyszenia lekarsko-dentystyczne, zarejestrowane na obszarze działalności danej izby, mogą w terminie oznaczonym przez przewodniczącego komisji wyborczej wskazać swojego przedstawiciela i jego zastępcę, jako uprawnionych do brania udziału w charakterze mężów zaufania tych stowarzyszeń w czasie głosowania i obliczania głosów.

(2) Mężowie zaufania muszą mieć prawa wyborcze.

(3) Niewyznaczenie lub nieprzybycie mężów zaufania nie wstrzymuje prac wyborczych.

§ 20. (1) Głosowanie jest tajne i odbywa się za pomocą kartek wyborczych w kopertach do głosowania.

(2) Koperty do głosowania, sporządzone z nieprzezroczystego papieru, powinny mieć po przedniej stronie u góry napis (nadruk):

„Koperta do głosowania do rady okręgowej izby lekarsko-dentystycznej w . . . . ", zaś na odwrotnej stronie, przyłożoną w miejscu zaklejenia urzędową pieczęć izby (komisarzy).

§ 21. (1) Jednocześnie z kopertą do głosowania każdy wyborca umieszczony w spisie otrzymuje:

a) kartkę wyborczą zawierającą wykaz kandydatów do rady i ich zastępców proponowanych przez komisję wyborczą,
b) wskazanie, ilu członków rady i ich zastępców ma być wybranych,
c) instrukcję o sposobie głosowania.

(2) Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna, a przy pierwszych wyborach — komisarz rządowy może opracować dla wszystkich izb jednolitą instrukcję o sposobie głosowania.

§ 22. Koperty do głosowania wraz z załącznikami powinny być doręczone wszystkim wyborcom nie później, niż na 10 dni przed terminem wyborów w sposób określony w § 10 ust. (2).

§ 23. (1) Kartki wyborcze są koloru białego.

(2) Nazwiska kandydatów na członków rady powinny być wypisane przed nazwiskami kandydatów na ich zastępców.

(3) Przed nazwiskami kandydatów na członków rady należy umieścić napis (nadruk): „Członkowie Rady", przed nazwiskami zaś ich zastępców — napis (nadruk): „Zastępcy członków rady".

(4) Na kartkach wyborczych pod nagłówkami, określonymi w ust. (3) powinny być wypisane (wydrukowane) jedynie:

a) numer porządkowy,
b) nazwiska i imiona kandydatów;

ponadto dozwolone jest podawanie adresu lub wieku kandydata.

§ 24. (1) Wyborca przed oddaniem głosu powinien włożyć do koperty do głosowania jedną kartkę wyborczą należycie wypełnioną.

(2) Głosowanie jest dozwolone:

a) na kandydatów, zaprojektowanych przez komisję wyborczą lub
b) na inne osoby, mające prawa wyborcze.

(3) Liczba kandydatów umieszczonych na kartkach wyborczych nie może być wyższa od liczby kandydatów na członków rady i ich zastępców, ustalonych dla danej rady.

§ 25. (1) Wstęp do lokalu wyborczego w dniu głosowania mają tylko członkowie komisji wyborczej, mężowie zaufania lub ich zastępcy i wyborcy.

(2) Przewodniczący komisji wyborczej ma prawo po uprzednim bezskutecznym upomnieniu usunąć z lokalu wyborczego osoby, które zakłócają spokój. Osoby usunięte nie tracą z tego powodu praw wyborczych.

§ 26. (1) Urna powinna być tak urządzona, ażeby bez otwierania nie można było wydobywać z niej kopert do głosowania.

(2) Przed rozpoczęciem głosowania komisja wyborcza i mężowie zaufania powinni przekonać się, czy urna jest próżna, po czym przewodniczący nakłada na nią pieczęć; od tej chwili aż do ukończenia głosowania urny nie wolno otwierać.

(3) Egzemplarz rozporządzenia niniejszego powinien być wyłożony do publicznego użytku.

§ 27. Głosowanie odbywa się osobiście bąź za pośrednictwem poczty.

§ 28. (1) Przewodniczący, jego zastępca oraz członkowie komisji wyborczej mogą przed oddaniem głosu przez wyborcę zażądać ustalenia jego tożsamości.

(2) Wyborca nie mający dokumentów, uznanych przez komisję za wystarczające, może się powołać na świadectwo 2 wiarogodnych osób, znanych komisji.

(3)Uchwała komisji w sprawie tożsamości osoby jest ostateczna.

§ 29. (1) Głosowanie osobiste polega na osobistym wręczeniu przez wyborcę przewodniczącemu komisji koperty do głosowania, który w obecności głosującego wrzuci ją do urny po uprzednim odnotowaniu w spisach wyborców przy nazwisku głosującego faktu oddania przez niego głosu.

(2) W czasie głosowania sekretarz komisji wyborczej oraz jeden z członków komisji wyborczej prowadzą na oddzielnych egzemplarzach spisu wyborców ewidencję oddanych głosów.

(3) Przewodniczący odmówi przyjęcia kartki wyborczej bez koperty do głosowania oraz koperty do głosowania bez pieczęci komisji wyborczej, albo koperty, na której zauważy napisy lub znaki odróżniające je od innych kopert; okoliczność ta powinna być zaprotokółowana, zakwestionowane zaś koperty dołączone do protokółu.

§ 30. (1) Głosowanie za pośrednictwem poczty polega na tym, że wyborca nadsyła do komisji wyborczej kopertę do głosowania z umieszczoną w niej kartką wyborczą w innej kopercie z podaniem na kopercie zewnętrznej swojego nazwiska, imienia i adresu oraz z umieszczeniem na przedniej stronie napisu „WYBORY".

(2) Koperty zewnętrzne, zawierające koperty do głosowania, powinny być nadsyłane jako przesyłki polecone.

(3) Przesyłki, zawierające koperty do głosowania, nadesłane pocztą przed terminem wyborczym, do dnia wyborów przechowuje przewodniczący; przesyłki takie nie mogą być otwierane przed rozpoczęciem głosowania.

(4) W dniu głosowania wszystkie przesyłki, zawierające koperty do głosowania, powinny być po okazaniu ich komisji wyborczej i mężom zaufania, otwarte i po załatwieniu formalności, określonych w § 29 ust. (1) i (3), wrzucone do urny.

§ 31. (1) W razie podniesienia jakichkolwiek zarzutów w czasie wyborów rozstrzyga je komisja wyborcza.

(2) Od uchwał komisji wyborczej, wydanych w dniu wyborów w związku z głosowaniem, nie służy odwołanie.

§ 32. (1) Głosowanie trwa od godziny 9 do godziny 21 nieprzerwanie.

(2) Głosowania przerywać nie wolno; gdyby wskutek wydarzeń siły wyższej czynności wyborcze były uniemożliwione na czas przejściowy, komisja wyborcza może głosowanie przedłużyć albo odroczyć do dnia następnego. Zarządzenie takie powinno być ogłoszone obecnym w lokalu wyborczym oraz wywieszone w lokalu wyborczym lub przed nim w miejscu widocznym.

(3) W razie przerwania lub odroczenia głosowania komisja wyborcza pieczętuje urnę oraz akta wyborcze i oddaje je na przechowanie przewodniczącemu, pieczęć zaś wręcza jednemu z członków komisji. O powyższym powinna być uczyniona wzmianka w protokóle. Po ponownym podjęciu głosowania należy protokółarnie stwierdzić, czy pieczęcie nie były naruszone.

(4) Wrazie stwierdzenia przez komisję wyborczą naruszenia pieczęci, wybory nie mogą być nadal prowadzone do czasu rozstrzygnięcia sprawy przez Naczelną Izbę Lekarsko-Dentystyczną, której komisja wyborcza przesyła niezwłocznie urnę i opieczętowane akta wyborcze.

§ 33. (1) O godzinie 21 przewodniczący zamyka wejście do lokalu wyborczego; odtąd mogą głosować tylko wyborcy, którzy przed godziną 21 przybyli do lokalu wyborczego.

(2) Natychmiast po ukończeniu głosowania komisja wyborcza w obecności mężów zaufania przystępuje do obliczenia wyników głosowania.

(3) Przewodniczący po otwarciu urny przelicza zawarte w niej koperty do głosowania, nie otwierając ich, celem porównania ich liczby z danymi, odnotowanymi w spisach wyborczych (§ 29 ust. 1); gdyby liczba kopert w urnie była niezgodna z liczbą oddanych głosów, okoliczność tę należy zaprotokółować, podając jednocześnie przypuszczalny powód tej niezgodności.

(4) Następnie komisja wyborcza przystępuje do obliczenia ważnie oddanych głosów.

§ 34. (1) Nieważne są kartki wyborcze:

a) oddane bez kopert albo w kopertach do głosowania nie odpowiadających przepisom § 20 ust. (2), lub oznaczonych znakiem odróżniającym je od innych kopert,
b) nadesłane za pośrednictwem poczty niezgodnie z przepisami § 30,
c) niewypełnione,
d) nie odpowiadające przepisom § 23 lub 24,
e) znalezione w kopercie w liczbie większej niż jedna, o ile nie opiewają na jedne i te same nazwiska; z większej liczby jednobrzmiących kartek wyborczych liczona będzie tylko jedna, pozostałe zaś ulegną niezwłocznie zniszczeniu, co należy stwierdzić protokólarnie,
f) nadesłane po zamknięciu głosowania.

(2) Wielokrotne wpisanie na jednej kartce wyborczej nazwiska tego samego kandydata będzie liczone jako oddanie na niego tylko 1 głosu.

§ 35. (1) Komisja ustala wynik głosowania w następujący sposób: przewodniczący wyjmuje osobno z każdej koperty kartki do głosowania, bada ich ważność, po czym odczytuje nazwiska kandydatów, na których wyborca oddał głos; jednocześnie 2 członków komisji oblicza, każdy z osobna, ilość głosów ważnych, oddanych na każdego kandydata.

(2) Arkusze obliczenia głosów podpisują przewodniczący, jego zastępca i obecni członkowie komisji wyborczej. Arkusze te dołącza się do protokółu.

(3) Za wybranych członków rady i ich zastępców uważa się tych, którzy otrzymali największą liczbę ważnie oddanych głosów; w razie równości rozstrzyga los, wyciągnięty przez przewodniczącego.

§ 36. W razie ustąpienia któregokolwiek z członków rady na jego miejsce wchodzi zastępca, który otrzymał z listy zastępców największą liczbę ważnie oddanych głosów. Komisja wyborcza, ustalając wykaz wybranych zastępców, ustala jednocześnie kolejność zastępstwa.

§ 37. (1) Z przebiegu głosowania sporządza się protokół, który prowadzi jeden z członków komisji wyborczej.

(2) W protokóle należy uwidocznić:

a) imiona i nazwiska obecnych przy głosowaniu członków komisji wyborczej i mężów zaufania,
b) liczbę osób głosujących,
c) liczbę głosów ważnie oddanych ogólnie i na poszczególnych kandydatów,
d) liczbę głosów unieważnionych z podaniem powodów unieważnienia,
e) wszelkie uchwały komisji wyborczej,
f) oświadczenia do protokółu, zgłoszone przez członków komisji wyborczej, mężów zaufania lub wyborców,
g) dowody załączone do protokółu.

3) Wszystkie kartki wyborcze, oddzielnie ważne i oddzielnie unieważnione oraz koperty do głosowania powinny być opakowane, opieczętowane i po umieszczeniu na nich odpowiedniego napisu dołączone do protokółu. Unieważnione kartki wyborcze i koperty wyborcze powinny być nadto kolejno ponumerowane.

(4) Protokół podpisują przewodniczący, jego zastępca oraz wszyscy obecni przy głosowaniu członkowie komisji i mężowie zaufania.

(5) Odpis protokółu przesyła się najdalej w ciągu dni 10 od dnia wyborów Naczelnej Izbie Lekarsko-Dentystycznej.

(6) Kartki wyborcze oraz koperty do głosowania, dołączone do protokółu ulegają zniszczeniu po upływie 6 tygodni od dnia ogłoszenia prawomocności wyborów.

§ 38. Po ustaleniu wyniku głosowania przewodniczący zarządza jego ogłoszenie przez wywieszenie w miejscu widocznym w lokalu wyborczym oraz przez obwieszczenie w czasopiśmie urzędowym izb.

§ 39. (1) Każdy wyborca ma prawo wnieść w ciągu dni 14 od dnia ogłoszenia w czasopiśmie urzędowym izb wyniku wyborów umotywowany sprzeciw na piśmie, który powinien być skierowany do Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej za pośrednictwem przewodniczącego komisji wyborczej.

(2) Sprzeciw rozstrzyga Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna po rzeprowadzeniu potrzebnych dochodzeń.

(3) Naczelna Izba Lekarsko - Dentystyczna unieważni wybory z powodu uchybienia przepisom rozporządzenia niniejszego, jeżeli uchybienia te mogły wpłynąć na wynik wyborów. Decyzja Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej jest ostateczna.

(4) Niezgłoszenie sprzeciwu w terminie i w sposób określony w ust. (1) albo odrzucenie sprzeciwu przez Naczelną Izbę Lekarsko-Dentystyczną powoduje uprawomocnienie się wyborów.

(5) Jeżeli Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna uzna wybory za nieważne, zawiadamia o tym Ministra Opieki Społecznej i zarządza nowe wybory.

(6) Zarówno uprawomocnienie się wyborów, jak i ich unieważnienie oraz mianowanie komisarza powinno być ogłoszone w czasopiśmie urzędowym izb.

§ 40. Pierwsze wybory do rady nowoustanowionej izby i do Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej przeprowadza komisarz rządowy, a w przypadkach, przewidzianych w art. 29 ust. (2) — komisarze, którzy są jednocześnie przewodniczącymi komisji wyborczej. Komisarz rządowy korzysta z tytułu ,,Komisarz Rządowy Izb Lekarsko-Dentystycznych“.

§ 41. Komisarza rządowego do zorganizowania nowoustanowionych izb, komisarza przewidzianego w art. 29 ust. (2) oraz ich zastępców powołuje Minister Opieki Społecznej.

§ 42. (1) Komisje wyborcze powołuje Minister Opieki Społecznej na wniosek komisarza rządowego spośród lekarzy - dentystów; przepisy § 11 ust. (4) stosuje się odpowiednio.

(2) Wykonawcami uchwał komisji wyborczej są komisarze.

§ 43. (1) Terminy określone w § 5 ust. (1), § 6 ust. (1), § 8 ust. (1), § 10 ust. (1), § 16 i 22 nie mają zastosowania przy pierwszych wyborach do rad nowoustanowionych izb.

(2) Termin 14-dniowy, określony w § 7 ust. (1) przy przeprowadzaniu wyborów przez komisarza rządowego i przez komisarzy, ustala się na dni 28, zaś termin 24-godzinny, przewidziany w § 9 ust. (1) — na dni 7.

(3) Uprawnienia służące z mocy przepisów rozporządzenia niniejszego Naczelnej Izbie Lekarsko-Dentystycznej do czasu jej ukonstytuowania się przysługują Ministrowi Opieki Społecznej.

(4) Od orzeczeń komisarzy służy odwołanie do Ministra Opieki Społecznej na zasadach ogólnych ustalonych w rozporządzeniu niniejszym.

§ 44. Ogłoszenia i instrukcje komisarza rządowego, związane z pierwszymi wyborami do rad nowoustanowionych izb, powinny być zamieszczane w Monitorze Polskim.

§ 45. Komiarz rządowy (§ 4 ust. 1 lit. b)) korzysta z prawa używania pieczęci okrągłej, zaś inni komisarze (§ 4 ust. 2 lit. c)) — z pieczęci o typie ustalonym dla izb przez Ministra Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

§ 46. (1) Ustępujący zarząd izby jest obowiązany wykonywać zarządzenia komisji wyborczej i jej przewodniczącego dotyczące wyborów.

(2) Komisja wyborcza i jej przewodniczący korzystają z urządzeń i pomocy izb.

§ 47. (1) Koszty wyborów i organizacji izb obciążają właściwe izby.

(2) Sprawy administracyjne i gospodarcze, w szczególności dysponowanie funduszami, należą do przewodniczącego komisji wyborczej.

(3) Ponadto komisarz rządowy, powołany do zorganizowania pierwszych izb, upoważniony jest do zaciągania na rachunek izb pożyczek i w ogóle zobowiązań, związanych z wyborami, organizacją i uruchomieniem izb, ich organów i instytucji przewidzianych w art. 4 pkt 5.

(4) Komisarz rządowy za swe czynności otrzymuje od izb zwrot poniesionych wydatków oraz wynagrodzenie w wysokości ustalonej przez Ministra Opieki Społecznej na wniosek Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej; na poczet wynagrodzenia może Minister Opieki Społecznej komisarzowi rządowemu przyznawać zaliczki.

§ 48. Uprawnienia Ministra Opieki Społecznej przewidziane w art. 29 ust. (1) i w art. 30 wobec organów izb lekarsko-dentystycznych przysługują mu również wobec komisarzy.

§ 49. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Opieki Społecznej:

Marian Zyndram-Kościałkowski.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 30 kwietnia 1938 r.

o ustanowieniu okręgowych izb lekarsko-dentystycznych.

Na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 stycznia 1938 r. o izbach lekarsko-dentystycznych (Dz. U. R. P. Nr 6, poz. 33) zarządzam co następuje:

§ 1. Ustanawia się następujące okręgowe izby lekarsko-dentystyczne:

1) w Warszawie — obejmującą obszar m. st. Warszawy,

2) w Poznaniu — obejmującą obszary województw: łódzkiego, pomorskiego, poznańskiego i śląskiego,

3) w Wilnie — obejmującą obszary województw: białostockiego, nowogródzkiego, poleskiego, warszawskiego i wileńskiego,

4) w Krakowie — obejmującą obszary województw: kieleckiego, krakowskiego, lubelskiego, lwowskiego, stanisławowskiego, tarnopolskiego i wołyńskiego.

§ 2. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Opieki Społecznej:

Marian Zyndram-Kościałkowski.

———o———

(Monitor Polski Nr. 148 z dnia 2 lipca 1938 r. poz. 269)

OGŁOSZENIE
KOMISARZA RZĄDOWEGO IZB LEKARSKO-DENTYSTYCZNYCH

z dnia 28 czerwca 1938 roku

w sprawie wyborów do rad okręgowych izb lekarsko - dentystycznych.

Na podstawie przepisów § 5 ust. (1) i (2) lit. a-, c- d-, ust. 4 oraz § 43 i 44 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 kwietnia 1938 r. o ordynacji wyborczej do rad okręgowych izb lekarsko-dentystycznych (Dz. U. R. P. Nr. 34, poz. 295) ustalam następujące terminy i miejsca przeprowadzenia wyborów do rad niżej wymienionych okręgów izb lekarsko-dentystycznych:

W Poznaniu — na 2 października 1938 r. przy ulicy Skarbowej 9,
w Warszawie — na 11 września 1938 r. przy ulicy Koszykowej 37,
w Krakowie — na 18 września 1938 r., przy ulicy Asnyka 3,
w Wilnie — na 25 września 1938 r. przy ulicy Wileńskiej 26.

Spis wyborców do rad wymienionych izb podaję w załączeniu.

Każda osoba uprawniona do głosowania, może stosownie do przepisów § 7 i 43 ust. (2) wyżej powołanego rozporządzenia **w ciągu dni 28 od ogłoszenia spisów wyborców w Monitorze Polskim złożyć Komisarzomi Rządowemu Izb Lekarsko - Dentystycznych pisemnie lub ustnie do protokółu reklamację, popartą dowodami, z powodu pominięcia jej samej w spisie wyborców, jak również z powodu wpisania na listę wyborców osób nie uprawnionych do głosowania.**

Za dowody, wymienione w ustępie poprzednim, uważa się dyplom lekarsko-dentystyczny lub inne równorzędne dokumenty łącznie z do-

wodem obywatelstwa polskiego. Osoby zarejestrowane zamiast tych dokumentów mogą przedłożyć dowód prawidłowej rejestracji.

Liczba członków przyszłych rad i ich zastępców w poszczególnych okręgowych izbach lekarsko-dentystycznych zgodnie z przepisami art. 14 ust. (1) ustawy z dnia 11 stycznia 1938 r. o izbach lekarsko-dentystycznych (Dz. U. R. P. Nr. 6, poz. 33) i § 17 wyżej powołanego rozporządzenia będzie wynosiła:

1) dla Okręgowej Izby Lekarsko - Dentystycznej w Krakowie — 24 członków i 12 zastępców,

2) dla Okręgowej Izby Lekarsko - Dentystycznej w Poznaniu — 23 członków i 12 zastępców,

3) dla Okręgowej Izby Lekarsko-Dentystycznej w Warszawie — 30 członków i 15 zastępców,

4) dla Okręgowej Izby Lekarsko - Dentystycznej w Wilnie — 24 członków i 12 zastępców.

Skład imienny członków Komisji Wyborczych oraz zastępców członków do przeprowadzenia wyborów do rad wyżej wymienionych izb, podaję w załączeniu.

Na zastępców Komisarza Rządowego Izb Lekarsko - Dentystycznych Pan Minister Opieki Społecznej powołał lekarzy - dentystów:

1) kapitana Mansweta Pyrkę, zamieszkałego w Krakowie przy ul. Asnyka 3 — dla Okręgowej Izby Lekarsko - Dentystycznej w Krakowie,

2) Witolda Neymana, zamieszkałego w Poznaniu, przy ulicy Fredry 6 — dla Okręgowej Izby Lekarsko - Dentystycznej w Poznaniu,

3) Leona Sachsa, zamieszkałego w Warszawie, przy ulicy Jerozolimskiej 39 — dla Okręgowej Izby Lekarsko - Dentystycznej w Warszawie,

4) Adama Wolańskiego, zamieszkałego w Wilnie, przy ulicy Wileńskiej 26 — dla Okręgowej Izby Lekarsko - Dentystycznej w Wilnie.

Termin do zgłaszania się do Komisarza Rządowego Izb Lekarsko-Dentystycznych lekarzy, mających w Polsce prawo wykonywania praktyki lekarskiej, którzy zażądają wpisania ich na listę wyborców, ustalam do dnia 30 lipca 1938 r. włącznie. Zgłoszenia dokonane w wyżej podanym terminie są jednoznaczne ze zgłoszeniem żądania wpisywania lekarzy na listę członków właściwej okręgowej izby lekarsko - dentystycznej. Zgłoszenia się lekarzy po dniu 30 lipca 1938 r. będą pozostawione bez uwzględnienia.

Lekarze, zgłaszający żądanie wciągnięcia ich do spisu wyborców do rad okręgowych izb lekarsko - dentystycznych, powinni do zgłoszenia dołączyć odpis zaświadczenia rejestracyjnego oraz wskazać rok urodzenia.

Wszelkie zgłoszenia i korespondencję w sprawie wyborów do rad okręgowych izb lekarsko - dentystycznych należy kierować pod adresem Komisarza Rządowego Izb Lekarsko - Dentystycznych, właściwym według miejsca zamieszkania wyborcy, mianowicie:

1) dla m. st. Warszawy — Warszawa, ulica Sucha 30 m. 3,

2) dla województw: kieleckiego, krakowskiego, lubelskiego, lwowskiego, tarnopolskiego, wołyńskiego — Kraków, ul. Asnyka 3 m. 3,

3) dla województw: łódzkiego, pomorskiego, poznańskiego i śląskiego — Poznań, ul. Skarbowa 9,

4) dla województw: białostockiego, nowogródzkiego, poleskiego, warszawskiego i wileńskiego — Wilno, ul. Wileńska 26.

(—) W. Wojnarski
Komisarz Rządowy Izb Lek. Dent.

———o———

PISMO OKÓLNE
MINISTERSTWA OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 15 czerwca 1938 r. Nr. Zn. 6b/1—8
w sprawie rejestracji i ewidencji lekarzy dentystów.

D o

Urzędów Wojewódzkich, Komisarza Rządu
na m. st. Warszawę i Starostw.

W związku z trudnościami, na jakie napotyka rejestracja lekarzy dentystów, a zwłaszcza zaprowadzenie ich ewidencji, z powodu niemożliwości ustalenia adresów i zebrania potrzebnych danych, Ministerstwo Opieki społecznej zarządza co następuje:

I. Rejestracja.

1) Rejestracji podlegają wszyscy ci lekarze dentyści, którzy ukończyli studia lekarsko-dentystyczne i nie rejestrowali się zupełnie, bądź też nie mogą się wykazać rejestracją dokonaną według obowiązujących przepisów prawnych.

2) Za właściwe rejestracje należy uważać rejestracje następujące:

I. Wszystkie rejestracje absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego i Akademii Stomatologicznej w Warszawie, dokonane przez władzę administracji ogólnej lub przez Ministerstwo, o ile interesowani mogą się wykazać, że się zarejestrowali. Za wowód rejestracji służą:

a) otrzymane na rękę od władz zaświadczenia rejestracyjne,

b) odpowiednie adnotacje na dyplomach (pieczęcie, nadruki, napisy i t. p.).

II. Rejestracje lekarzy dentystów, posiadających dyplomy lekarsko - dentystyczne b. państw zaborczych, wyszczególnione w art. 2 pkt. 2 — 7 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10

czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R. P. z 1934 r. nr. 4 poz. 32), którzy wykażą się, że stosownie do przepisów art. 6 ust. (2) wyżej wymienionego rozporządzenia zarejestrowali się po wejściu w życie tego rozporządzenia t. j. po dniu 26 czerwca 1927 r.

3) Rejestracje wymienione w ust. II pkt. (2) były dokonywane przez:

a) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w okresie czasu od 26 czerwca 1927 r. (t. j. od dnia wejścia w życie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej) do dnia 30 czerwca 1932 r. (t. j. do dnia przekazania spraw zdrowia publicznego przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwu Opieki społecznej);

b) Ministerstwo Opieki Społecznej od dnia 1 lipca 1932 r. do chwili obecnej;

c) wojewódzkie władze administracji ogólnej od dnia 30 stycznia 1935 r. (t. j. od dnia wejścia w życie przepisów art. 106 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 28 grudnia 1934 r. (Dz. U. R. P. nr. 110 poz. 976) do chwili obecnej.

4) Wszelkie inne nie wymienione wyżej rejestracje lekarzy dentystów są nieważne i wymagają ich powtórzenia, niezależnie od tego przez jaką władzę były w swoim czasie dokonane.

5) od lekarzy dentystów, którzy się już raz prawidłowo rejestrowali z mocą obowiązującą w chwili obecnej, ale nie otrzymali na rękę osobnego zaświadczenia, o ile zgłoszą się po zaświadczenia rejestracyjne, należy pobierać tylko opłatę stemplową w wysokości zł 5.—, uznając zgłoszenie się w swoim czasie do rejestracji za jednoznaczne z podaniem o wydanie zaświadczenia rejestracyjnego.

6) Ci wszyscy lekarze dentyści, którzy nigdy jeszcze nie rejestrowali się lub którzy rejestrowali się wprawdzie, ale rejestracja ta przestała być ważną, opłacają przy rejestracji wszystkie opłaty stemplowe na zasadach ogólnych, jak przy pierwszej rejestracji.

7) Lekarze dentyści, którzy zgłoszą się do rejestracji, powinni obok dyplomu lub jego odpisu sporządzonego w/g wymogów, ustalonych w Dziale I ust. (2) okólnika Ministerstwa Opieki Społecznej Nr. 23/34, z dnia 26 czerwca 1934 r. o rejestracji i ewidencji lekarzy, przedstawić dowód obywatelstwa. Za dowód obywatelstwa służą dowody obywatelstwa złożone już raz u władz rejestracyjnych. W braku dowodów, dowodami takimi są, bądź zaświadczenia obywatelstwa polskiego, wydane przez powiatowe władze administracyji ogólnej, bądź dowody obywatelstwa, wystawione zgodnie z wymogami przeposów art. 18 i 19 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o ewidencji i kontroli ruchu ludności (Dz. U. R. P. nr. 32 poz. 309) przez Zarządy gminne. Za pośredni dowód obywatelstwa można uważać również dowody osobiste, wydane przez władze administracji ogólnej, jeżeli w dowodzie tym figuruje wzmianka, że posiadacz tego dowodu jest istotnie obywatelem polskim. Uwie-

rzytelnianie tych dowodów ma miejsce zgodnie z zasadami, ustalonymi w wyżej wymienionym okólniku, przy uwierzytelnianiu dowodów, przedstawianych przez lekarzy.

8) Wszystkie rejestracje lekarzy dentystów winny na przyszłość uskuteczniać wojewódzkie władze administracji ogólnej we własnym zakresie działania, przedkładając jedynie uprzednio do wglądu Ministerstwu Opieki społecznej dokumenty i dowody budzące wątpliwość co do ich autentyczności lub ważności.

9) Starostwa powiatowe winny wszystkie posiadane akta rejestracyjne wraz z dokumentami niezwłocznie przesłać do swojej wojewódzkiej władzy administracji ogólnej. Wojewódzka władza administracji ogólnej będzie przesyłała akta innym władzom wojewódzkim, jeżeli okaże się, że jest to potrzebne ze względu na zmianę miejsca zamieszkania danego lekarza dentysty. O akta znajdujące się w posiadaniu Ministerstwa Opieki Społecznej należy się zwracać bezpośrednio do Ministerstwa Opieki społecznej, które je będzie przesyłało właściwym władzom wojewódzkim administracji ogólnej.

II. Ewidencja lekarzy dentystów.

10) Z uwagi na niemożność zaprowadzenia ewidencji z powodu braku danych o adresach i o osobach lekarzy dentystów, zarządza się wstrzymanie zaprowadzenia ewidencji aż do odwołania.

11) Ewidencję powyższą zaprowadza obecnie w sposób bardzo dokładny Komisarz Rządowy Izb Lekarsko - Dentystycznych, który po zakończeniu swych prac dostarczy potrzebne dane.

Dyrektor Departamentu:
(—) Dr. J. Adamski

———o———

KOMUNIKATY:

OD REDAKCJI.

Nakładem „Dwumiesięcznika Stomatologicznego“ ukazał się „Kurs fantomowy dentystyki zachowawczej“ w opracowaniu lek. dent. J. Bobińskiej - Lemańskiej st. asyst. Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej. Podręcznik ten nabyć można w administracji „Dw. Stom.“ przy ul. Marszałkowskiej 120 m. 5 w cenie 2 zł.

———

Biuro Pośrednictwa Pracy.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zawiadamia W. P. Kol., że przy Zarządzie istnieje Biuro pośrednictwa pracy, które poleca wykwalifikowanych kandy-

datów na posady i zastępstwa. Uprzejmie prosimy w razie zapotrzebowania zwracać się do

Biura pośrednictwa pracy ul. Wspólna 59, m. 8, tel. 9-40-22, od godz. 18 — 20.

Kierownik Biura **H. Zaczyńska.**

Biuro Porad Prawnych.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zawiadamia, że przy Zarządzie istnieje **Biuro Porad Prawnych,** które udziela informacyj w sprawach wymagających orzecznictwa prawnego. Biuro to pozostaje pod kierownictwem koleżanki Zaczyńskiej i ma zapewnioną pomoc prawniczą. We wszystkich tych sprawach zwracać należy się wyłącznie pisemnie przy dołączeniu ewent. dokumentów w danych sprawach oraz opłaty w wysokości 1 (jednego) zł. w znaczkach pocztowych na pokrycie kosztów manipulacyjnych. Porady będą udzielone pisemnie. **Adres Biura Porad Prawnych Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej: Warszawa, Marszałkowska 120 m. 5.**

Biuro Porad Prawnych będzie załatwiać wszystkie sprawy za wyjątkiem spraw podatkowych.

Biuro Porad w sprawach podatkowych.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej podaje do wiadomości, iż istnieje przy Zarządzie **Biuro Porad w sprawach podatkowych** pod kierownictwem członka Zarządu kolegi Łączyńskiego Juliana, do którego należy się zwracać bezpośrednio pod adresem: **Pabianice, ul. Zamkowa Nr. 29.**

Opłaty manipulacyjne 1 (jeden) zł. w znaczkach pocztowych.

Agendy Stowarzyszenia.

Sekretariat: Marszałkowska 120 m. 5.

Godziny urzędowania:

Prezes i sekretarz: w środy godz. 21—22.

Sekretariat: wtorki, środy, czwartki i piątki godz. 18—21.

PYTANIA I ODPOWIEDZI.

Pytanie Nr 12. Pacjentowi, lat 67, z silnym zanikiem wyrostka zębodołowego sporządziłem całkowite protezy górną i dolną. Mija już drugi miesiąc od wykończenia pracy, a pacjent wciąż się uskarża na bóle w stawach szczękowych, oraz na bóle dziąseł w okolicy dolnych trzonowych. Ponieważ protezy wykonałem z całą starannością, zgryz,

uważam, jest dobry, proszę o udzielenie mi rady, jak mam dalej postąpić. Nadmieniam, że pacjent nosi oddawna protezy.

L. L. Brześć.

Odpowiedź na pytanie Nr 12. Przyczyny bólów w stawach żuchwowych należy w tym przypadku szukać w zmienionej wysokości zgryzu. Jeżeli wysokość zgryzu w nowych dostawkach odbiega znacznie od wysokości zgryzu dostawek starych, różnica ta może być odczuwana dotkliwie, i, chcąc pacjentowi przynieść ulgę, należałoby dostawki przerobić, dostosowując się do wysokości dawniejszej lub też, podwyższając ją tylko nieznacznie. O tym, czy trzeba przerobić obydwie dostawki: górną i dolną, decydować muszą warunki lokalne: wysokość dobranych zębów przednich, długość wargi. — Jeżeli jest to bezzębie dawne, liczyć się należy ze zmienionymi warunkami w stawie. Zęby silnie ukłształtowane z wybitnymi guzkami mogą nie odpowiadać stawowi żuchwowemu o główce rozpłaszczonej, mniej stromym wzgórku. Należałoby w tym przypadku wybrać zęby bardziej płaskie, przypominające swymi powierzchniami starte, zużyte zęby starszych ludzi. Podając skargi pacjenta tyczące się bólu na wyrostku zębodołowym, nie wyjaśnione zostało, czy na śluzówce dostrzegalne są odleżyny, zaczerwienienia Obecność ich świadczyłaby o miejscowej niedokładności w zgryzie: zbyt dużym miejscowym obciążeniu, zanadto aktywnym kontakcie, co da się sprawdzić kalką i usunąć przez doprowadzenie zgryzu do normy. Brak odleżyn i zaczerwienienia w odnośnych miejscach przy jednoczesnym bólu, skłania uwagę w kierunku kanału nerwu żuchwowego. Jeżeli zanik wyrostka zębodołowego jest znaczny, tym samym górna warstwa kostna przykrywająca kanał jest cienka i ucisk żucia przenoszony przez dostawkę na podłoże staje się bardzo przykry. Zapobiec temu należy przez odciążenie odnośnych miejsc folią cynową grub. 0,3 (można ją użyć w kilku warstwach) na modelu gipsowym przed kauczukowaniem. Dobre usługi odda również miękki kauczuk zastosowany jako podstawa dolnej dostawki.

J. Galasińska-Landsbergerowa.

Pytanie Nr 13. Przed rokiem zrobiono most: 7— i 4— korony, 6— i 5— lane. Obecnie w 4—, leczonej przed laty i pozostającej bez reakcji, powstała reinfekcja. Ząb przeleczono przez trepanowaną złotą koronę z dobrym wynikiem. Jak możnaby obecnie naprawić szkodę trepanacji bez zdejmowania mostu?

J. M. Warszawa.

Odpowiedź na pytanie Nr 13. Po wypełnieniu lege artis przewodu 4—, należy ubytek 4— przygotować według zasad wkładów, (prostopadłe ściany, punkty oporowe) i wykonać wkład złoty. Wkład można sporządzić bądź metodą kucia, bądź metodą odlewu.

J. Galasińska-Landsbergerowa.

Warszawa, dn. 18 maja 1938 r.

ZARZĄD GŁÓWNY
STOWARZYSZENIA ABSOLWENTÓW
AKADEMII STOMATOLOGICZNEJ
Warszawa
ul. Marszałkowska 120 m. 5.

BIULETYN Nr III.

Biuletyn niniejszy poświęcony jest wyłącznie celowi poinformowania Koleżanek i Kolegów o obecnym stanie spraw: dotyczących Izb Lekarsko-Dentystycznych. Wcześniej tych informacji nie byliśmy w możności udzielić, gdyż od chwili wejścia w życie ustawy o Izbach Lekarsko-Dentystycznych, wszystkie sprawy były w stadium płynnym, ostatecznie nieskrystalizowanym, i to tak dalece, że koncepcje rozwiązania poszczególnych problemów z organizacją Izb Lek.-Dent. związanych raz po raz się zmieniały, a podawanie tychże do wiadomości ogółu Koleżanek i Kolegów wprowadziłoby niepożądany w takich wypadkach chaos.

W chwili obecnej pierwszy etap pracy nad organizacją Izb Lek.-Den. został ostatecznie zakończony i ten moment dopiero uważamy za właściwy do udzielenia Koleżankom i Kolegom ściłych i ostatecznych informacji.

Przez miniony okres trzech miesięcy Zarząd nasz pracował intensywnie nad odpowiednim rozwiązaniem problemów i zadań z organizacją Izb Lek.-Dent. związanych. Praca ta polegała zarówno na opracowaniu poszczególnych projektów jak i na ścisłej współpracy z obecnym Komisarzem Rządowym Izb Lekarsko-Dentystycznych Radcą Min. Op. Społ. mgr. W. Wojnarskim oraz takiejże współpracy z innymi organizacjami zawodowymi lekarsko-dentystycznymi, tudzież urządzaniu zjazdów informacyjno-dyskusyjnych (Warszawa, Poznań, Kraków), wreszcie na udziale czynnym w zjazdach urządzanych przez inne organizacje zawodowe (Łódź).

W tym pierwszym okresie wymagały jak najszybszego rozstrzygnięcia następujące problemy:

1) podział całego terytorium Państwa na okręgi Okręgowych Izb Lek.-Dentystycznych oraz ustalenie siedziby tych okręgów;
2) opracowanie przepisów wykonawczych do ustawy o Izbach Lek.-Den. t. j. ordynacji wyborczej;
3) propozycje co do nominacji zastępców Komisarza Rządowego w poszczególnych okręgach i składu osobowego Komisji wyborczych;
4) szukanie dla zorganizowanego w licznych organizacjach zawodowych świata lekarsko-dentystycznego takich form organizacyjnych, któreby pozwoliły na zespolenie wysiłków i zgodną pracę nad organizacją Izb Lek.-Dentystycznych.

Odnośne rozwiązania pierwszego problemu t. j. podziału Państwa na okręgi i wyznaczenie siedzib Rad Okęgowych Izb Lek.-Dent. przy różnolitości koncepcji zwyciężyła koncepcja naszego Zarządu.

Okręgowych Izb Lek.-Dent. będzie cztery, a mianowicie: I) w a r s z a w s k a obejmująca lek.-dent. z terenu miasta stołecznego Warszawy z siedzibą Rady w Warszawie; II) p o z n a ń s k a obejmująca teren województw: poznańskiego, pomorskiego, śląskiego i łódzkiego z siedzibą w Poznaniu; III) k r a k o w s k a, obejmująca teren województw: krakowskiego, lwowskiego, stanisławowskiego, tarnopolskiego, wołyńskiego, lubelskiego i kieleckiego z siedzibą w Krakowie; IV) w i l e ń s k a, obejmująca teren województw: wileńskiego, nowogródzkiego, białostockiego, poleskiego oraz warszawskiego (z wyłączeniem Warszawy) z siedzibą w Wilnie. Utworzenie delegatur okręgowych Izb Lek.-Dent. przewidywane jest we Lwowie, Lublinie i Łodzi; ta jednak sprawa zgodnie z postanowieniami ustawy należy do kompetencji Rad Okręgowych Izb Lek.-Dent. i nie podlega postępowaniu wyborczemu.

Odnośnie drugiego problemu t. j. opracowania przepisów o ordynacji wyborczej do Izb Lek.-Dent., przedyskutowane one zostały i uzgodnione z Komisarzem Rządowym, są już ostatecznie zredagowane i zatwierdzone i ukazały się w Dzienniku Ustaw Nr 34 z dnia 16. maja b. r. poz. 295. Polecamy gorąco Koleżankom i Kolegom zaznajomienie się z przepisami ordynacji wyborczej, których dokładna znajomość i zastosowanie się do przewidzianego w nich terminowego postępowania ma zasadnicze znaczenie dla uprawnień wyborczych, czynnych i biernych, a przeto i dla wyniku wyborów.

Jeżeli idzie o szczegóły związane z postępowaniem przedwyborczym — to wszyscy lekarze-dentyści zostaną o nich poinformowani w drodze ogłoszeń Komisarza wyborczego (sprawozdanie list upoważnionych do głosowania, reklamacje i t. p.) — nie mniej jednak możemy już dziś podać Koleżankom i Kolegom do wiadomości, iż wybory do Rad Okręgowych Izb Lek.-Dent. odbędą się w miesiącu wrześniu b. r. w czterech następujących po sobie kolejno niedzielach (każdej niedzieli w innym okręgu); głosowanie zgodnie z przepisami o ordynacji wyborczej będzie się odbywać bezpośrednio przez oddanie głosu w komisji wyborczej lub pośrednio za pośrednictwem poczty.

W niedługim czasie ukaże się broszura w wydaniu Samorządowego Instytutu Wydawniczego, obejmująca całokształt przepisów prawnych, dotyczących lekarzy dentystów oraz informacji i pouczeń dotyczących Izb Lek.-Dent, łącznie ze spisem wszystkich lekarzy dentystów oraz kompletem druków, niezbędnych każdemu lekarzowi dentyście przy wyborach. Broszura ta opracowaną została w porozumieniu z Komisarzem Rządowym; cena tej broszury nie została jeszcze ostatecznie ustalona, dokładamy jednak jak najbardziej usilnych starań, ażeby koszt jej nabycia był najmniejszy i przypuszczamy, że uda nam się go ustalić na około 2 zł. za egzemplarz; w dobrze

pojętym własnym interesie winni ją Koleżanki i Koledzy nabyć (przesłana zostanie za pobraniem pocztowym).

Odnośnie propozycji co do nominacji zastępców Komisarza Rządowego oraz składu Komisji Wyborczych — to jakkolwiek jest to wyłączne prawo Pana Ministra Opieki Społecznej, pozostające w granicach Jego swobodnego uznania, — nie mniej jednak wobec przychylnego ustosunkowania się Komisarza Rządowego w tej sprawie, przedstawione mu i przez zawód uzgodnione odnośnie kandydatury zostały z nieznacznymi odchyleniami w składzie Komisji Wyborczych zatwierdzone. Zastępcami Komisarza Rządowego mianowani zostali Koledzy: W. Neyman (Poznań), kpt. Pyrka (Kraków), Wolański (Wilno) i Sachs (Warszawa).

Odnośnie pozostałego problemu t. j. znalezienie i ustalenie dla zorganizowanego świata lekarsko-dentystycznego wspólnych form organizacyjnych dla zespolenia zgodnych wysiłków nad organizacją Izb — to problem ten ze względu na jego przeogromną wagę, wysunął się od samego początku na czoło wszystkich pozostałych.

Stowarzyszenie Absolwentów A. S., jak Koleżankom i Kolegom wiadomo, z przyczyn wiążących ram struktury statutowej Rady Centralnej do niej od roku 1933 nie należy. W skład Rady Centralnej wchodziły z wyłączeniem Stowarzyszenia Abs. A. S. pozostałe związki zawodowe, ale mimo to sumarycznie Rada Centralna przedstawiała sobą mniejszą ilość członków od sumy członków samego Stow. Abs. A. S. Uważając, że w tak przełomowej chwili dla świata lek.-dent., jaką jest organizacja własnego samorządu zawodowego, koniecznym jest zwarcie szeregów wszystkich organizacji dla zgodnej pracy Zarząd Stowarzyszenia na posiedzeniu swym w dniu 5.II b. r. przychylił się do pisemnej propozycji Rady Centralnej utworzenia wspólnej reprezentacji całego zawodu lek.-dent. pod postacią t. zw. „Komisji Porozumiewawczej“, w skład której mieli wejść przedstawiciele Rady Centralnej i Stowarzyszenia Absolw. A. S. — Propozycja Rady Centralnej była następstwem przeprowadzonych uprzednio rozmów przez dwuch członków naszego Zarządu z prezesem i sekretarzem Rady Centralnej. Decyzja Zarządu Stowarzyszenia z pominięciem wątpliwych horoskopów, jakie nasuwały się co do wyników tego porozumienia z uwagi na znaną nam dysharmonię wśród członków R. C. — była generalną próbą współpracy w tak pomyślanej zcaleniowej formie organizacyjnej. Jednak już podczas pierwszego odbytego dnia 11.II. b. r. posiedzenia konstytującego tejże komisji, na którym jej przewodniczącym wybrano kol. Ujejskiego, a sekretarzem kol. Konstantina, wyjaśnionym zostało w sposób nie budzący najmniejszych wątpliwości, że delegaci Rady Centralnej do tej Komisji, nie biorą w niej udziału w charakterze czynników w imieniu Rady Centralnej decydujących, że istnieje w łonie Zarządu R. C. zasadnicza rozbieżność poglądów na funkcje tej komisji, a przeto propozycja jej utworzenia jest odzwierciedleniem nieuzgodnionego wystąpienia Rady Centralnej, że istnieje mo-

żliwość, iż na następne posiedzenie Komisji Porozumiewawczej może zjawić się jeden z jej członków (w/g oświadczenia kol. Ujejskiego), nie w charakterze przedstawiciela Rady Centralnej, a związku, który z tejże Rady wystąpił (mowa o Związku Lek. Dent. w P. P.), że wreszcie przedstawiciele R. C. nie mogli skrystalizować uprawnień Komisji w tej jej części, która miała reprezentować ten odłam zawodu zorganizowanego, którego nadbudówką jest Rada Centralna i odwołali się do kompetencji Zarządu R. C.

Mimo odbycia posiedzenia Zarządu R. C. dnia 16.II. i zapadnięcia decyzji w sprawach, co do których delegaci R. C. do Komisji Porozumiewawczej nie mogli czy nie chcieli się zdeklarować — mimo bardzo wczesnego zwrócenia się delegatów Zarządu Stow. Abs. A. S. do przewodniczącego Komisji Kol. Ujejskiego o zwołanie posiedzenia Komisji Porozumiewawczej, na dzień 19-go wzg. 20 lutego — nie tylko kol. Ujejski Komisji nie zwołał, ale przede wszystkim poinformował członków Zarządu Stow. Abs. A. S. mylnie o stanowisku Zarządu R. C. mimo, że w jego posiedzeniu brał udział.

W tych warunkach Zarząd Stow. Absolwentów A. S. widział się zniewolonym do rewizji swego pierwotnego stanowiska i na posiedzeniu w dniu 20.II. b. r. powziął jednomyślnie uchwałę cofnięcia swej zgody na wzięcie udziału w Komisji Porozumiewawczej.

Do powzięcia tej decyzji został niestety zmuszony Zarząd Stow. Abs. A. S. faktem stwierdzenia, że inicjatywa pisemna Rady Centralnej skoordynowania działalności dla dobra zawodu — nie została ze strony R. C. potwierdzona czynami, a wprost przeciwnie wystąpienie poszczególnych członków Zarządu R. C. w tej sprawie utwierdziły nas ponad wszelką wątpliwość w przekonaniu, iż mamy do czynienia z wystąpieniem nieskoordynowanym w łonie samej Rady Centralnej, wystąpieniem niepoważnym, a nawet nas w błąd wprowadzającym i to w odniesieniu do organizacji zawodowej liczebnie większej, aniżeli wszystkie organizacje pospołu w skład Rady Centr. wchodzące.

Oczywistym jest, że z tego tytułu nie mamy najmniejszej pretensji lub zarzutów pod adresem którejkolwiek z organizacji zawodowych do Rady Centr. należących — nasza pretensja — chyba słuszna — dotyczy tej części czy całości Zarządu Rady Centralnej, która dała nam niezbity dowód, jak dalece szanowane jest przez nią hasło jedności zawodowej oraz zgodnej pracy dla dobra zawodu.

Jeżeli tą smutną kartę historii poczynań międzyzwiązkowych odkrywamy, to czynimy to dlatego, aby poniekąd udowodnić tym Koleżankom i Kolegom, którzy od nas tej współpracy z Radą Centralną wymagali, jak dalece wszelkie w tym kierunku starania byłyby istotnie iluzoryczne i że miast pracy konstruktywnej mielibyśmy stale do czynienia z syzyfowymi wysiłkami pogodzenia najróżniejszych odcieni taktyk i rozgrywek personalnych, które zawsze, a przynajmniej obecnie cechują zespół kierujący Radą Centralną.

W chwili tak przełomowej, jak organizacja naszego samorządu

zawodowego — nie moglibyśmy sobie pozwolić na luksus balansowania między ścierającymi się nawzajem członkami zespołu kierowniczego Rady Centralnej, — zaś dążąc konsekwentnie do konstruktywnej pracy dla dobra zawodu szukaliśmy innych dróg, które mogłyby zcementować zawód nasz z pominięciem Rady Centralnej; te nasze starania uwieńczone zostały pozytywnym, a dla całego zawodu w mniemaniu naszym pożądanym i nad wyraz dodatnim rezultatem.

Z akcją naszą prowadzoną z Radą Centralną — zbiegła się równocześnie inna akcja o charakterze na razie nieoficjalnym zainicjowana przez grono Koleżanek i Kolegów, a mianowicie stworzenia bloku wyborczego do Izb Lek.-Dent.; blok ten według koncepcji inicjatorów miał mieć charakter zespołu zcieśnionego do pewnej tylko grupy lekarzy dentystów i to o charakterze, który nie pozwoliłby dwum najliczniejszym organizacjom zawodowym (Stow. Abs. A. S. i Zw. Lek.-Dent. w P. P.) wziąć wnim udziału — czyli, że a priori przekreślał możliwość zcementowania całego bez wyjątku zawodu w pracy nad organizacją Izb Lek.-Dent.

W pierwszym posiedzeniu, odbytym dnia 5 lutego b. r. wzięło również udział dwóch członków z Zarządu Stow. Abs. A. S. oczywiście w charakterze nieoficjalnym (informacyjnym), a mianowicie koledzy Szajewski i Łączyński. Pierwotnej koncepcji organizatorów przeciwstawiona została przez wymienionych Kolegów koncepcja odmienna, a mianowicie stworzenia Zjednoczenia organizacyjnego dla celów prac nad organizacją Izb Lek.-Dent., obejmującego kolejno poszczególne organizacje zawodowe aż do zespolenia wszystkich organizacji w jedną całość i utworzenia w ten sposób jednego i jedynego bloku wyborczego. Ta przeciwstawną koncepcja miała na celu niedopuszczenie do utworzenia kilku oderwanych od siebie zwykle wzajemnie zwalczających się ugrupowań i do rozstrzelenia głosów przy wyborach do władz Izb Lek.-Dent., co w konsekwencji sprowadziłoby niewątpliwie kolosalne trudności przy organizowaniu pierwszych Izb, a może nawet mogłoby uniemożliwić wogóle ich zorganizowanie, co wobec zakreślenia w ustawie o Izbach Lek.-Dent. prekluzyjnego dziewięciomiesięcznego terminu równałoby się przekreśleniu tej tak ciężko zdobytej, a tak bardzo cennej zdobyczy zawodu lekarsko-dentystycznego.

Powyższa koncepcja wysunięta przez wspomnianych członków Zarządu Stow. Abs. A. S. została przez organizatorów i uczestników zebrania przyjęta, w wyniku czego wyłoniono komitet organizacyjny, którego zadaniem było nawiązanie kontaktu z zarządami poszczególnych organizacji, uzyskania ich zgody na przystąpienie do tworzącego się zjednoczenia — wreszcie zwołania zarządów tych organizacji na wspólne zebranie celem ostatecznego przedyskutowania zasad zjednoczenia, ustalenia wspólnej platformy działania oraz formalne ukonstytuowanie się Bloku Wyborczego i jego władz.

W wyniku przeprowadzonych wstępnych prac organizacyjnych, oraz szeregu zebrań i posiedzeń, w których członkowie Zarządu Sto-

warzyszenia brali jaknajżywszy udział — zwołane zostało do Warszawy na dzień 10 kwietnia b. r. zebranie zarządów organizacji, które do tworzącego się zjednoczenia zdołano pozyskać. Zebranie to jednogłośnie podjęło uchwałę następującej treści:

„Ustalając, że w dobie obecnej cały świat lekarsko-dentystyczny winien wszystkie swoje wysiłki skierować w kierunku zorganizowania samorządu zawodowego t. j. Izb Lek.-Dent., a istotą ich winna być zgodna współpraca całego świata lekarsko-dentystycznego, dla osiągnięcia tego celu podpisane niżej organizacje, a mianowicie: 1) Stowarzyszenie Absolwentów Akad. Stom., 2) Związek i T-wo Lekarzy Dentystów Chrześcijan, 3) Związek Stomatologów i Lekarzy-Dentystów Ziem Zachodnich Rzplt., 5) Polski Związek Lek.-Dent. Województwa Śląskiego, 6) Polskie Zjednoczenie Lekarzy-Dentystów Katolików, 7) Stow. Lek.-Dent. Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie — postanawiają utworzyć Zjednoczenie p. n. „Blok Wyborczy do Izb Lekarsko-Dentystycznych“ — i dążyć do objęcia swą działalnością wszystkich pozostałych organizacji zawodowych świata lekarsko-dentystycznego dla przeprowadzenia wyborów i organizacji Izb Lekarsko-Dentystycznych.

Uchwałę tę imieniem poszczególnych organizacji podpisali Koleżanki i Koledzy: Szajewski, Łączyński, Mokrzycki,Perliński, Rutkowski, Neyman, Wolański, Piotrowska, Nadolska, żaczyńska, M. Grzestowa.

Następnie dokonano wyboru Komitetu Wykonawczego Bloku Wyborczego, w skład którego weszli prezesi zarządów poszczególnych organizacji oraz wybrano przewodniczącego Bloku i Komitetu Wykonawczego w osobie lek.-dent. ppłk. Mieszkisa Stefana; nadto wybrano specjalną Komisję w składzie 3 członków (kol. kol. Mieszkis, Łączyński i Mokrzycki) i 2 zastępców (kol. Kanarska-Kaliszowa i Neyman) dla przeprowadzenia pertraktacji ze Związkiem Lekarzy Dentystów w Państwie Polskim o objęcie tej organizacji działalnością Bloku; wreszcie Komitet wykonawczy upoważniono do decydowania we wszystkich sprawach, dotyczących posunięć nad organizacją Izb z tym, że ustalenie kandydatów do Władz Izb nastąpi po uprzednim ich uzgodnieniu z zarządami poszczególnych organizacji i zostanie potwierdzone przez uchwałę ogólnego zebrania Bloku“.

W wyniku nawiązania kontaktu i odbyciu dnia 15 kwietnia wspólnego zebrania komisji specjalnej (kol. Mieszkis, Mokrzycki, Łączyński) z przedstawicielami Zw. Lek. Dent. w P. P. (kol. Bloch i Sachs) wymieniony związek zgłosił akces do Bloku Wyborczego“, przyczym protokularnie ustalono wzajemne zobowiązanie do solidarnej, zgodnej i wiążącej współpracy, mającej na celu jednolite zorganizowanie całego zawodu lek.-dent. dla przeprowadzenia zarówno wyborów do Izb Lek.-Dent., jak i prac przy zorganizowaniu tychże, a w wyniku tego porozumienia, jako jego konieczne dopełnienie, mające mu

dać pełne wartości realne i mając na celu jedynie dobro zawodu lek-dentystycznego i pozytywną dla niego pracę i przekreślając z góry możliwość tarć o charakterze narodowościowym, wyznaniowym i politycznym, które siłą faktu mogłyby łatwo zaprzepaścić nie tylko cały wysiłek ale i należyte zorganizowanie, a przeto i funkcjonowanie Izb Lekarsko-Dentystycznych — ustalono zgodnie dla obsady kandydatów do wszystkich władz Izb Lek.-Dent. sumaryczny dzielnik, a mianowicie 70—75% dla kolegów chrześcijan oraz 25—30% dla kolegów wyznania mojżeszowego.

Komitet Wykonawczy „Bloku" na swym następnym posiedzeniu, odbytym dnia 24 kwietnia b. r. zaakceptował całkowicie warunki porozumienia; automatycznie Związek Lekarzy Dentystów w P. P. wszedł wskład „Bloku", a jego przedstawiciele kol. Sachs i Bloch w skład Komitetu Wykonawczego. Jednocześnie na tym samym posiedzeniu dla usprawnienia prac „Bloku" wybrano „ścisły Komitet Wykonawczy" o składzie osobowym: przew. kol. ppłk. Mieszkis, zastępca przew. kol. Szajewski — członkowie: kol. kol. mjr. Beno, Bloch, Łączyński, Mokrzycki i Sachs, przyczym kol. Szajewski został wybrany zastępcą przewodniczącego nie tylko Ścisłego Komitetu Wykonawczego, ale również i Komitetu wykonawczego oraz Bloku wyborczego.

W ten sposób wysunięta przez Stowarzyszenie Absolwentów A. S. koncepcja zjednoczenia całego zorganizowanego świata lek.-dentystycznego przy dobrej woli i zgodnym wysiłku zarówno członków zarządów wszystkich organizacji zawodowych jak i nie mniej tych koleżanek i kolegów, którzy wprawdzie stoją poza szeregami organizacyjnymi, jednak sprzęgli się z tą akcją, wnosząc w nią maximum dobrej woli i takichże czynów, wytrzymała nie tylko próbę życia, ale przede wszystkim dostarczyła dowodu, iż świat lekarsko-dentystyczny **zdolny jest do zespołowej, zgodnej pracy, że tkwią w nim wysokie wartości społeczne i obywatelskie, które może wyzwolić z siebie,** gdy idzie o dobro zawodu, a przejść do porządku dziennego nad poczynaniami tych na szczęście nielicznych jednostek, które swoim mentorstwem pod płaszczykiem hasła dobra zawodu mają przede wszystkim swoje osobiste cele na widoku i wnoszą miast pozytywnej pracy ferment rozkładu i dysharmonię.

Jeżeli szczegółowo nakreśliliśmy przebieg tych wyników, które w założeniu swoim i celu zmierzały do zespolenia w pracy organicznej zawodu — to uczyniliśmy to i w tym celu, by poinformować członków naszego Stowarzyszenia o pracach Zarządu, a nadto wykazać, że wbrew częstokroć ujawnionym skądinąd pomawianiom promotorem i celem naszych poczynań było, jest i będzie dobro całego zawodu lekarsko-dentystycznego, osiągalne jedynie poprzez konstruktywną, świadomą, organiczną pracę.

W tym stanie rzeczy zcementowane Zjednoczenie p. n. „Blok Wyborczy do Izb Lekarsko-Dentystycznych", obejmując wszystkie orga-

nizacje zawodowe, w skład Rady Centralnej wchodzące, oraz Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Stomatologicznej — **stał się siłą faktu jedynym reprezentantem całego świata lekarsko-dentystycznego i w takim charakterze ma pełne prawo występować.**

Z tego jednak faktu wypływają dla wszystkich Koleżanek i Kolegów, a przeto i dla nas absolwentów przede wszystkim pewne, zasadnicze obowiązki.

Poruczony ustawą naszemu samorządowi zawodowemu zakres działania, stawia przed Izbami Lek.-Dent. do osiągnięcia **pierwszorzędnej wagi cele i wymaga spełnienia bardzo ważkich dla zawodu i ciężkich do przeprowadzenia zadań. Zawód lekarsko-dentystyczny z wypływającej stąd konieczności, musi zwarcie w zgodnym wysiłku stanąć do wytężonej, konsekwentnej, trwałej pracy,** która z natury rzeczy, o ile nie ma być chaotyczną a przeto bezproduktywną, musi odbywać się etapami. Pierwszy z nich t. j. zcementowanie organizacyjne w postaci „Bloku Wyborczego“ mamy już poza sobą; drugi, to należyte przeprowadzenie prac związanych z aktem wyborów, trzeci, to same wybory do władz naszego samorządu — wreszcie jego ukonstytuowanie się i zakreślenie programu prac oraz jego realizacja.

Pozytywny i dodatni dla zawodu wynik w tych pracach osiągniemy, gdy zespoleni będziemy **nie tylko jednością celów ale i jednością działania,** zaś jedność działania konieczna jest nie tylko w łonie zespołu, który pracuje nad tymi problematami we władzach „Bloku“, ale przede wszystkim wśród wszystkich Koleżanek i Kolegów. Jeżeli praca „Bloku“ ma wydać pozytywne i dodatnie wyniki — **musi znaleść silne, zbiorowe, pełne zaufania i bez najmniejszych odchyleń w decyzjach „Bloku“ poparcie czynne,** ze strony Waszej, Koleżanki i Koledzy. Decyzje „Bloku“ — o czym Was chyba zapewniać nie potrzebujemy — w sprawach zasadniczych przy mających nastąpić wyborach (ustalenie listy kandydatów) **nie będą podjęte samodzielnie,** lecz poprzedzone cisłym uzgodnieniem ze wszystkimi ośrodkami organizacyjnymi zarówno w Warszawie jak i prowincjonalnymi i w tej formie Wam do poparcia podane.

Koleżanki Koledzy! Podjętą na III Zjeździe Absolwentów w Warszawie (30.X i 1.XI 1937 roku) uchwałą, stwierdziliście, że „działalność Stowarzyszenia Absolwentów A. S. nacechowaną była i jest stałą troską o dobro zawodu i sprawy specjalne absolwentów b. P. I. D. ob. A. S., że osiągnięte wyniki tej pracy są wysoce zadawalniające“ i złożyliście zarządowi Stow. Abs. A. S. wyrazy pełnego uznania i serdecznej podzięki i prosiliście o dalszą pracę i obronę naszych spraw zawodowych.

Obdarzyliście nas przeto pełnym zaufaniem, które jest dla nas bardzo cenne i tego zaufania nigdy, a w szczególności w obecnej przełomowej dla świata lekarsko-dentystycznej chwili t. j. orgnizowania własnego samorządu zawodowego napewno nie zawiedziemy; wzamian jednak za zaufanie, jakim nas obdarzyliście — w imię spełnienia Waszej prośby do nas skierowanej — **prosimy Was o dowodne wykaza-**

nie tego zaufania poprzez solidarne, zwarte, bez odchyleń podporządkowanie się tym wszystkim pociągnięciom czy decyzjom, jakie w związku z pracą obecną nad organizacją Izb Lekarsko-Dentystycznych w ramach powstałego „Bloku" już podjęliśmy względnie na przyszłość podejmiemy.

Wierzymy, że w tej zespołowej pracy zjednoczenia świata lekarsko-dentystycznego absolwenci b. Państwowego Instytutu Dentystycznego i Akademii Stomatologicznej swoim stanowiskiem, wysiłkiem i pracą wykażą, że są pełnowartościowym, solidarnym zespołem i pewni jesteśmy, że tej pokładanej w Was wiary nie zawiedziecie, —

Z koleżeńskim pozdrowieniem

Zarząd Główny Stowarzyszenia Absolwentów A. S.

Prezes: (—) *J. Szajewski*

Sekretarze: (—) *K. Grodner,* (—) *Janowicz*

Wiceprezesi: (—) *S. Krüger,* (—) *J. Łączyński*

Członkowie:

(—) *G. Rytlowa,* (—) *J. Konstantin,* (—) *M. Tuszyńska*
(—) *A. żaczyńska.*

Warszawa, dn. 10 lipca 1938 r.

ZARZĄD GŁÓWNY
STOWARZYSZENIA ABSOLWENTÓW
AKADEMII STOMATOLOGICZNEJ
Warszawa
Marszałkowska 120 m. 5. Tel. 692-02.
Konto P. K. O. 9.931.

BIULETYN Nr. IV.

w sprawie wyborów do rad okręgowych izb lekarsko-dentystycznych.

W Monitorze Polskim Nr. 148 z dn. 2 lipca 1938 r. ukazało się ogłoszenie komisarza rządowego izb lekarsko dentystycznych w sprawie wyborów do rad okręgowych izb lekarsko - dentystycznych zarządzające wybory w następujących terminach:

w Warszawie 11 września 1938 r.
w Krakowie 18 września 1938 r.
w Wilnie 25 września 1938 r.
w Poznaniu 2 października 1938 r.

Do powyższego Monitora dołączony został spis lekarzy dentystów, uprawnionych do głosowania.

W tych warunkach koniecznym jest, ażeby Kol. Kol. **bezzwłocznie** zapoznali się z tym spisem, gdyż zawiera on bardzo dużo **niedokładności,** ponadto wielu z pośród Kol. Kol. zostało w nim w ogóle **pominiętych,** względnie umieszczonych **wadliwie w niewłaściwych okręgach wyborczych.**

Pozostawienie tego spisu bez uskutecznienia poprawek jest równoznaczne z **pozbawieniem** odnośnych osób **biernego i czynnego prawa wyborczego,** co w konsekwencji może mieć nieporządany wpływ na wynik wyborów.

Ponieważ **wszystkim** Kol. Kol. **przysługuje prawo wniesienia reklamacji** w sprawie **usterek** tego spisu podajemy do wiadomości, że termin w niesienia odpowiednich reklamacji, zgodnie z zarządzeniem komisarza rządowego **mija ostatecznie w dn. 30 lipca b. r.**; przeto nakładamy na Kol. Kol. **obowiązek** organizacyjny **bezzwłocznego** zaznajomienia się z tym spisem i wrazie stwierdzenia **jakichkolwiek usterek** wniesienia **natychmiast reklamacji** do właściwej komisji wyborczej do rad okręgowych, izb lek. dent. pisemnie lub ustnie.

I. **Komisja wyborcza w Krakowie ul. Asnyka 3,** załatwia sprawy z terenu województw: kieleckiego, krakowskiego, lubelskiego, lwowskiego, stanisławowskiego, tarnopolskiego i wołyńskiego.

II. **Komisja wyborcza w Poznaniu ul. Skarbowa 9,** załatwia sprawy z terenu województw: łódzkiego, pomorskiego, poznańskiego i śląskiego.

III. **Komisja wyborcza w Warszawie ul. Sucha 30 m. 3,** obejmuje teren m. st. Warszawy.

IV. **Komisja wyborcza w Wilnie ul. Wileńska 26,** załatwia sprawy z terenu województw: białostockiego, nowogródzkiego, poleskiego, warszawskiego i wileńskiego.

Odnośny Monitor Polski **Nr. 148, z dnia 2 lipca 1938 r.** można na-

być w cenie 50 gr. w Warszawie — ul. Miodowa 22, w Bydgoszczy — ul. Gdańska 22, w Gdyni — Skwer Kościuszki 14, w Katowicach — ul. 3-go Maja 34, w Krakowie — Rynek Główny 6, we Lwowie — ul. Akademicka 11, w Łodzi — ul. Piotrowska 125, w Poznaniu — Al. Marsz. Piłsudskiego 24, w Toruniu — ul. Szeroka 41, w Wilnie — ul. Mickiewicza 15, lub postępując w następujący sposób: przekazać na P. K. O. Nr. konta 730 65 groszy i wysłać jednocześnie kartkę do administracji Monitora Polskiego z prośbą o przysłanie Nr. 148 z roku 1938, z zaznaczeniem, że kwota 65 groszy została przekazana na konto P. K. O. Nr. 730.

Jednocześnie informujemy, że identyczny spis lekarzy dentystów jest zamieszczony w wydawnictwie p. t. „Zbiór przepisów prawnych dotyczących całokształtu spraw dentystycznych" w opracowaniu mgr. praw W. Wojnarskiego, który ukazał się nakładem „Samorządowego Instytutu Wydawniczego" Warszawa ul. Miodowa 6, tel. 5.92-63, w cenie 3 zł. za egzemplarz niezależnie od opłaty pocztowej. Z uwagi na to, że powyższe wydawnictwo zawiera zbiór przepisów prawnych dotyczących naszego zawodu, łącznie z komentarzami prawnymi oraz jurysdykcję w tychże sprawach polecamy gorąco Sz. Kol. Kol. nabycie tegoż wydawnictwa w dobrze zrozumianym własnym interesie.

Reklamacje mogą dotyczyć następujących przypadków:

1⁰ **pominięcie w ogóle w spisie lekarzy dentystów**; w tym przypadku wnosząc reklamację należy dołączyć jednocześnie dowody uprawnień na wykonywanie praktyki lekarsko - dentystycznej; dowodami takimi są: dowód rejestracji, a w braku takowego wierzytelny odpis dyplomu;

2⁰ **umieszczenie wprawdzie w spisie, jednak nie we właściwym** okręgu wyborczym; w tym przypadku poza wskazaniem w reklamacji tego błędu nie potrzeba przesyłać komisji wyborczej żadnych dokumentów. Dla przykładu podajemy: jeżeli ktoś n. p. został umieszczony w spisie okręgu wyborczego poznańskiego zamiast krakowskiego, powinien zawiadomić komisję

wyborczą w Krakowie, że mylnie wpisano go na listę okręgu wyborczego w Poznaniu i **prosić o umieszczenie w spisie wyborców okręgu krakowskiego podając swój adres;**

3⁰ **umieszczenie w spisie właściwego okręgu wyborczego, jednak z błędem dotyczącym nazwiska, imienia względnie adresu;** w tym przypadku, należy we wnoszonej reklamacji sprostować te błędy; żadnych dowodów, ani dokumentów załączać nie należy;

4⁰ **umieszczenie w spisie osoby nieuprawnionej do wykonywania praktyki lekarsko - dentystycznej;** w tym przypadku w reklamacji podać należy dane, na których zarzut ten się opiera.

Porządanym jest, aby Sz. Kol. Kol. **równocześnie** z wniesieniem reklamacji do właściwej komisji wyborczej **powiadomili** o tym Zarząd Główny Stowarzyszenia w Warszawie ul. **Marszałkowska 120 m. 5,** podając przyczyny wniesienia tejże reklamacji.

Zarząd Główny jest pewny, że Absolwenci b. P. I. D. ob. A. S. w zrozumieniu ważności prac nad organizacją izb lekarsko - dentystycznych spełnią swój obowiązek przez ścisłe i terminowe dostosowanie się do niniejszego apelu, dając w ten sposób dowód należytego wyrobienia organizacyjnego i społecznego.

Przy tej sposobności komunikujemy uprzejmie Sz. Kol. Kol., że Nr. 3 „Dwum. Stom.“ zostanie rozesłany w terminie między 20 — 22 lipca b. r. oraz, że w miarę postępu prac wyborczych do izb lek. - dent. Kol. Kol. będą informowani oddzielnymi biuletynami.

Nr. 4 „Dwum. Stom.“ ukaże się z końcem sierpnia b. r.

Z koleżeńskim pozdrowieniem

za Zarząd Główny Stowarzyszenia Absolwentów A. S.

Sekretarz generalny:
(—) *Juliusz Konstantin.*

Prezes:
(—) *Julian Łączyński*

V. Prezes:
(—) *Janusz Szajewski*



Cement krzemowo - fosforowy o specjalnej twardości. Doskonała plastyczność i lepkość stawia MOLARIT w szeregu pierwszorzędnych cementów, nie ustępując niczym cementom zagranicznym.



WYRÓB

BELG. SPÓŁKI AKCYJNEJ ZAKŁADÓW PRZEMYSŁOWYCH BORYSZEW

w Warszawie

Wyłączne Przedstawicielstwo

„ALRO" WARSZAWA, Widok 6.

Polska Drukarnia Nakładowa, sp. z ogr. odp., Warszawa, Senatorska 17. Tel. 251-58.